

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



complémentaire Déclaration de Maladie

Nº M21- 0054410

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2673 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENBIGHI Tijani

Date de naissance :

13.03.1946

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS - Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-451056

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BENBILI

Date de naissance : 13-03-1946

Adresse : BP 913 51000 El Hajeb

Tél. : 0661316261

Total des frais engagés : Dhs

Optique

Autres

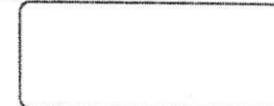
Société :

Autre :

Fjari

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/05/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-451056

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 7673

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تَعْلِيمات بِحَبِّ اتِّساعِهَا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طيبة، فوائض، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الأثبتانية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمة غير مستحقة سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وظابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMQ

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: | | | | | | | | | |

 المنس CNSS La devoir de vous protéger	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h3> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> * موافقة مسبقة * Entente préalable * </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> * تنفيذ * Exécution * </div> </div>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Ref. - 610-1-02 مراجع رقم
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : <u>NAÏM Naima (ep BENBIGHI)</u> الاسم العائلي والشخصي :		
N° Immatriculation : <u>1436412141</u> رقم التسجيل :		
N° CIN : <u>1814091412</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : العنوان :		
Montant des frais : درهم <u>.....</u> Dhs مبلغ المصارييف :		
Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom : <u>NAÏM Naima ep. BENBIGHI</u> الاسم العائلي والشخصي :		
Date de naissance : <u>.....</u> تاريخ الازدياد :		
N° CIN: <u>.....</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس :		
INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **		
<u>131132987</u>		
Médecin traitant طبيب المعالج		
Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
Type de soins* نوع العلاجات*		
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أئمة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض		
I atteste sur l'honneur l'exactitude des enseignements portés ci-dessous. أشعر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه		
شُهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
Fait à : <u>.....</u>		
Le : <u>.....</u>		
توقيع المؤمن له توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		
Signature de l'assuré(e) Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
<u>.....</u>		
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
MEDECIN GENERALISTE		
الدعا		
.....		
.....		

- * Cocher la mention utile pour chaque case

-- Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Biomatériaux) lorsque le code à barres

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع المفتر Montant facturé	وصف العمليات المجردة Signature et cachet du Médecin traitant
04 JAN 2020			120,00	دكتور طانبي احمد العنوان: 36 شارع الحسين 35, Av. Hassan II - EL HAJEB الهاتف: 05 35 54 30 38
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفتر Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفتر Montant facturé	عمليات الأحياء، الأشعة والصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تتنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
04.01.2020	731,10	Pharmacie Nouvelle Mme DOUNYA MOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél. : 05 35 54 30 38
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
	Référence structurée : 200292630274050	Emis à Casablanca le : 06/02/2020	
	Identifiant de la famille تعریف العائلة N° d'immatriculation : 143641217 Règlement du mois : 02/2020 Mode de paiement : Virement	NAIMA NAIM BP 213 EL HAJEB 51000 EL HAJEB 5100	
	Informations :	معلومات :	

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
NAIMA NAIM										
060677889	04/01/2020	C	MEDECIN GENERALISTE	120,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
060677889	04/01/2020	PH	PHARMACIE	731,60	566,80	1,00	1,00	566,80	70	396,76
Total remboursé pour NAIM										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur TALBI Ahmed

Médecine Générale

DIPLOME DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE RABAT

DIPLOME D'UNIVERSITE

D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05 35 54 30 88

 D. 05 35 54 34 26

الدكتور طالبي أحمد

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

وبلوم جامعي في الريو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

05 35 54 30 88.ع

الهاتف { 05 35 54 34 26.م

EL Hajeb, le 04 JAN 2020 الحاجب في

..... naim naima ep sensim

ix 88,00
Coveras r
295 / 3m



24.20 2 Avocage radet
2 radet sa



75.90 3 Bi sp. 130 g
2 2



731. 10 Pharmacie Nouvelle

Mme DOUNYA MOHATTANE

42, Avenue Hassan II

El Hajeb

Tél. : 05 35 54 30 38

الدكتور طالبي أحمد
MEDECIN GENERALIST
الطب العام
شارع الحسن الثاني - الحاجب
36, Av. Hassan II - EL HAJEB,
الهاتف : 05 35 54 30 88