

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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 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

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

N° M21- 064598

80451

Confidentiel

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 31158 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAOUIAN

BAHIA

Date de naissance :

Adresse : 38, rue Saifiya, abbouit

Tél. 06 61 44 580 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation: / /

Nom et prénom du malade :



Age:
 Enfant

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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 : MARRAKESH

Le : 11/08/2021

Signature de 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 un 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 un 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.

تعليمات بحسب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية الى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كانب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

نوع الإيداع : _____

Réserve à la DAMO

نوع الإيداع : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. : 610-1-03

Ref. : INAM 12/01

خاص بالمؤمن له (نعم) *

الإسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نعم) *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان :

مبلغ المصارييف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **



الضمان الاجتماعي

الصادر عن

CNSS

Le devoir de vous protéger

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان :

Adresse :

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe *:

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant :

الطبيب المعالج :

INPE : 001634215000040

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD :

Maladie*

مرض

Hospitalisation*

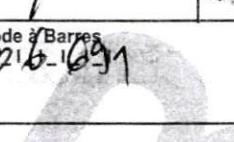
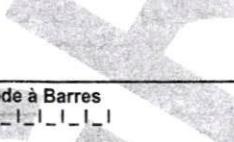
استشارة*

Dr. _____

Description des actes effectués				توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	
07/12/2020 21 DEC. 2020	ls	, B + fond d'oeil (K10)	Dr. P. BENIAN' MED AMINE OPHTHALMOLOGIE 7, RUE IBNO BABK RABAT CASABLANCA 0522 36 20 00 /02	Dr. P. BENIAN' MED AMINE OPHTHALMOLOGIE 7, RUE IBNO BABK RABAT CASABLANCA 0522 36 20 00 /02
INPE et code à Barres 111111111111			M. N29 C2A 300-	M. N29 C2A 300- Dr. P. BENIAN' MED AMINE OPHTHALMOLOGIE 7, RUE IBNO BABK RABAT CASABLANCA 0522 36 20 00 /02

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Date d'exécution	المن المفترض Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/12/2020	Pharmacie IBNOU KATIR M'hamed OERMANE Docteur en Pharmacie 22, Rue Imousse Ibnoou KATIR Tél. 05 22 23 41 83 CASABLANCA 34815	
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. Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مديرية التأمين الصحي الإجباري REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1	
	Référence structurée : 210101504031623	Emis à Casablanca le : 19/01/2021		
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 186680123 Règlement du mois : 01/2021 Mode de paiement : Virement	NOUALDY ABDERRAHIM 38 RUE SOUFIANE ATTOURI MAARIF CASABLANCA 2038		
	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	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
NOUALDY ABDERRAHIM										
063868602	07/12/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
063868602	07/12/2020	B	BIOLOGIE	932,60	1,10	640,00	1,00	704,00	95	668,80
063868602	07/12/2020	PH	PHARMACIE	78,90	78,90	1,00	1,00	78,90	95	74,96
063868602	07/12/2020	PHN	PHARMACIE	270,00	60,20	1,00	1,00	60,20	00	0,00
Total remboursé pour ABDERRAHIM										886,26
Total général remboursé										886,26

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le lundi 7 décembre 2020

Patient : Monsieur Abderrahim NOUALDY

- NFS - PQ - VS
- UREE - GLYCEMIE A JEUN - CREATININE
- GOT - GPT - GAMMA GT - Hb A1C
- CHOLESTEROL / TRIGLYCERIDES / AC URIQUE
- TP TCK

159, Bd Yacoubi / Casablanca
MEDICALS AZI KENZA
LABORATOIRE D'ANALYSES
D'OPTIQUE GHANDI
tél: 0522991974 / fax: 0522991972

Dr. BENNANI MED AMINE
OPHTALMOLOGIE
RUE IBNOU BABEK
RACING CASABLANCA
20100
Tél: 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02

Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, Casablanca 20100
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Facture

N° facture 2020-3502

Patient Mr NOUALDY Abderrahim

Date 10/12/2020

Analyses	Valeur en B
HEMOGRAMME	80
VITESSE DE SEDIMENTATION	30
TAUX DE PROTHROMBINE	40
TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	40
GLYCEMIE A JEUN	30
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100
UREE	30
CREATININE	30
ACIDE URIQUE	100
TRANSAMINASES	50
GGT	30
CHOLESTEROL TOTAL	50
TRIGLYCERIDES	
Total B	640
Total	932,60

159, Bd Yacoub Al Mansour, RDC.
Casablanca
Tél.: 0522991974 / Fax: 0522991972
MEDICALS PORT GHANDI
LABORATOIRE D'ANALYSES
Dr. Tazi Kenza

Arrêtée la présente facture à la somme de : Neuf cent trente-deux dirhams 60 centimes***