

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

Informations 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.

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.

Optique :

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

Education :

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.

Nº M21- 064603

80453

Optique

Complément Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3158

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH BATHIA

Date de naissance :

Adresse : 38 Rue Sefra, Attarine

Tél. : 05 22 20 45 45 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 : CASABLANCA

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 يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

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

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

توقيع و طبع الوكالة Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : ٢٠١٣٠١٠٩٠١٥

Date d'arrivée : ٢٠١٣٠١٠٩٠١٥

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة		
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée			
La CNSS Le devoir de vous protéger			
موافقة مسبقة * Entente préalable *			
تنفيذ * Exécution *			
Réf. : 610-1-03			
مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire			
Réf. : ANAM 1-20201			
مراجع رقم : 610-1-03			

خاص بالمؤمن له (لها)	
الإسم العائلي والشخصي :	NOM VALDY Abderrahmane
رقم التسجيل :	1418661801231
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	8781458-1-1-1
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	
Adresse : 38 Rue SONTIANE ATTOURI Nairi cass 4	
Montant des frais : 9.976.2 Dhs.	
Nombre de pièces jointes : 0.4	

تصريح الطبيب المعالج	
المستفيد من العلاجات	
الإسم العائلي والشخصي :	NOM VALDY Abderrahmane
تاريخ الإزدياد :	1418661801231
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
الجنس: *	M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/>
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **	
INPE et code à barres **	
Médecin traitant : CARIOU-BT	Etablissement de soins : Etablissement de soins

نوع العلاجات	
قبول المرض المزمن: *	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
رقم ملف المرض المزمن:	1418661801231
رمز المرض المزمن:	Maladie * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استئناف * <input type="checkbox"/>
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
Fait à : ٢٠١٣٠١٠٩٠١٥	Le : ٢٠١٣٠١٠٩٠١٥
وأنا بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : ٢٠١٣٠١٠٩٠١٥	
Dr. CARIOU	
توقيع و طبع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحبية	
Signature de l'Agence	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* لطبع الفاتورة المناسبة
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
نوع المرض المزمن - ملامة مذكرة - العنوان - 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cassa Gare Téléphone : 080 200 0200 / 080 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
١٤/٠٣/٢١				Soleil	Dr. CARIOU - PELLEGRINI J. - Maamri - CASABLANCA
٢٤/٠٣/٢١				pluie	Dr. CARIOU - PELLEGRINI J. - Maamri - CASABLANCA
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10

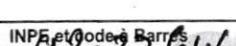
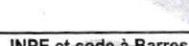
العمليات المساعدة الطبية					توقيع و طابع المساعد الطبي	
Actes Paramédicaux	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفatur Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغفور Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
10-03-21	B 830,00 4PVT		1137,20	LABORATOIRE PORTE GHANDI Dr TAZI Kenza 159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca Tel: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72 Gsm: 0678 99 19 50
INPE et code à Barres Göde INPE : 093060960				
INPE et code à Barres 				

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/03/21	1849.80	
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 CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
	Référence structurée : 210404049909186	Emis à Casablanca le : 20/04/2021	
	Identifiant de la famille تعریف العائلة	NOUALDY ABDERRAHIM 38 RUE SOUFIANE ATTOURI MAARIF CASABLANCA 2038	
	N° d'immatriculation : 186680123 Règlement du mois : 04/2021 Mode de paiement : Virement		
	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										
070605793	12/01/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
070605793	12/01/2021	PH	MEDECIN SPECIALISTE	950,00	1 171,40	1,00	1,00	1 171,40	95	902,50
070610048	10/03/2021	B	MEDECIN SPECIALISTE	1 137,20	1,10	830,00	1,00	913,00	95	867,35
070610048	10/03/2021	PH	MEDECIN SPECIALISTE	1 849,90	2 074,30	1,00	1,00	2 074,30	95	1 757,41
070610047	12/03/2021	B	MEDECIN SPECIALISTE	167,50	1,10	110,00	1,00	121,00	95	114,95
070610047	12/03/2021	PH	MEDECIN SPECIALISTE	1 048,90	836,40	1,00	1,00	836,40	95	794,58
Total remboursé pour ABDERRAHIM										4 579,29
Total général remboursé										4 579,29

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

N° Dossier
70610048

Dossier de remboursement



Date dépôt 05/04/2021

Agence de dépôt SOCRATE

Date des soins 10/03/2021

Montant des soins 2976 DHs

Bénéficiaire NOUALDY ABDERRAHIM

Détails

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل
إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

M^r Noureddy
Abdemahmud

Casablanca, le : 10/03/21

- HbM c - glycémie
- TSH u
- nt D₃

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
R
Endocrinologue
Bordeaux-CASABLANCA

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAÏZ Kenza
159, Bd Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
usm: 0678 99 19 58

119، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr



محبر الحالين الطبيه بباب عاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHAN

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biologiste

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

Casablanca , le 10/03/2021

Note D'honoraires

Date : 10/03/2021

Patient : Mr NOUALDY Abderrahim

Analyses	Valeur de B	Montant
GLYCEMIE A JEUN	30,00	40.20
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100,00	134.00
TSH-us : THYREOSTIMULINE-HORMONE	250,00	335.00
VITAMINE D	450,00	603.00
PRVT SANG VEINEUX	1,00	25.00
TOTAL :	830,00	1 137,20

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
Gsm: 0678 99 19 50

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : mille cent trente-sept Dirhams et 20 Centimes ***