

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.

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.

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.

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

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 072046

80704

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : Mupras

Tél. : 0662120580 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 :

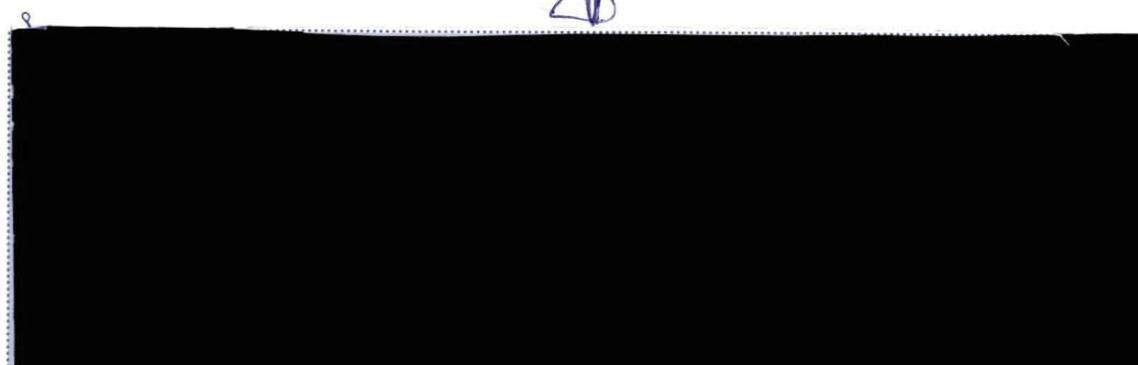
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 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 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرّف كانب للاستفادة 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 طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : _____
Date de dépôt du dossier : _____
Tariq el abiad : _____

Date d'arrivée : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée



الضمان الاجتماعي
CNSS

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Ref. : ANAM 1.0.03

Ref. : ANAM 1.0.03

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

Adresse :

Montant des frais :

درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe* :

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

091045195

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD:

Maladie* مرض*

Hospitalisation*

استشارة*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à :

Le : 18/12/2018

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

التي قد يصحّ كل ما ذكر أعلاه.

Fait à :

Le : 18/12/2018

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Signature de l'assuré (e)

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن *:

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

Hospitalisation*

استشارة*

أصرّ بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

في : _____

* Cocher la mention utile pour chaque cas

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - مصحة نذار - الدار البيضاء، من، بـ. 2186 - الدار البيضاء، المطبعة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 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	
18/12/2020	CS		3000		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
CIM-10					

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي 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 المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/12/2020	7710	
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

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
			مرجع رقم : REF : 610 2 06 :
	Référence structurée : 210201973833171	Emis à Casablanca le : 02/02/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 154502333 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement	EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016	
	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	المراجعة Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
070777822	07/12/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
070777822	07/12/2020	PHN	PHARMACIE	380,80	63,60	1,00	1,00	63,60	00	0,00
070777821	18/12/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
Total remboursé pour AZIZA										231,00
Total général remboursé										231,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire MED NN LMR

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim **الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم**

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Marseille

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمارسيليا
أمراض وجراحة العيون

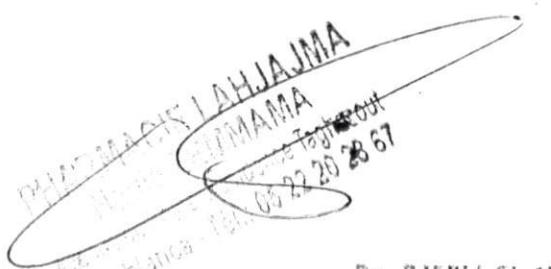
Casablanca le : **18 décembre 2020** الدار البيضاء في

Mme EL MECHRAFI Aziza

FF10
DEXAFREE COLLYRE



puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours, dans l'œil droit, pendant
15 jours



Dr. DJEBLI EL AYDOUNI
OPHTHALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan Casablanca
Dr. DJEBLI EL AYDOUNI
OPHTHALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan Casablanca
Tél: 0522.27.49.95

0522.27.49.95 , زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف
7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95



FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Numéro d'Immatriculation :

Partie réservée à l'assuré (e)

Nom et Prénom

THE DEPARTMENT OF STATE

Nom et Prénom

EL DECRETO 1132

Benevolent
TEVCSM

.....
.....

Partie réservée au code à barre des médicaments

