

COMMANDATIONS 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, interventions 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 :

Toutes 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.

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.

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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

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.

Signature et cachet de l'Agence

Chaque feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Instructions à suivre

Chaque feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

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.

Chaque feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

 الضمان الاجتماعي tel: 084 8084 8484 C N S S	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire <small>Réf. : ANAM 1.2.03.01</small>
--	---	---

خاص بالمؤمن له (لها) رقم التسجيل :
 الاسم العائلي والشخصي :
 رقم بطاقه التعريف الوطنية :
 علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج
 Enfant ابن
 Lui même هو نفسه

العنوان : مبلغ المصاريق :
 Adresse : عدد الوثائق المرفقة :

Montant des frais : رقم بطاقه التعريف الوطنية :
 Nombre de pièces jointes : الجنس *:

Declaration du Chirurgien Dentiste المسنديد من العلاجات
Bénéficiaire des soins الاسم العائلي والشخصي *

Nom et prénom : تاريخ الإزدياد :
 Date de naissance : رقم بطاقه التعريف الوطنية :

N° de la Carte d'Identité Nationale : الجنس *:
 Sexe * : ذكر M أنثى F

Identification du Chirurgien Dentiste نوع العلاجات
 N° INP : الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

Type de soins علاجم *:
 Soins* البلدة السنوية *:
 Prothèse* تقويم الأسنان الوجهي *:
 Orthodontie faciale* علاجات أخرى *:
 Autres* آخر *:

N° Entente préalable : رقم الموافقة المسبقة :
 En cas d'accident présez في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :
 Date d'accident تاريخ :

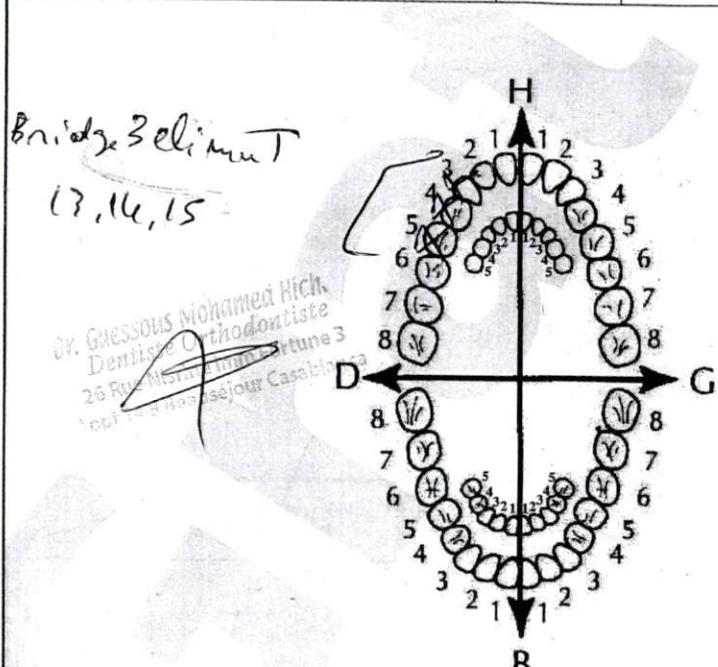
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
 Fait à : في :
 Le : في :
توقيع المؤمن له (لها)
 Signature de l'assuré (e) Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

* ضع العلامة في الخانة المناسبة
 نار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء م.ب. 2186 الدار البيضاء المحيطة - الهاتف 07 05 22 54 86 73 الموقع على الانترنت : www.cnss.ma
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
 مركز الاتصال 08200 7200 Centre d'appels

Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاریخ التقادم Date d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الحيوانية، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						

وصف العمليات المجرأة							توقيع وطابع طبيب الأسنان
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé		Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
13,14	Bridage	20-04-21	D180	X	4000		
15	3 éliminé Cément			3			
	Métallique			540			
							Dr. Goussous Mohamed Hich Dentiste 26 Rue Attarha Imourzoug Appart 1A B Casablanca



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 210806941517019

Emis à Casablanca le : 03/08/2021

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

KANA MARIEM
DB NEJMA BLOC 457 N[1118 HAY HASSANI
CASABLANCA 2023

N° d'immatriculation : 110794049

Règlement du mois : 08/2021

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 المصروف 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
KANA MARIEM										
076483724	20/04/2021	D	CHIRURGIEN DENTISTE	4 000,00	2 250,00	1,00	3,00	6 750,00	70	2 800,00
Total remboursé pour MARIEM										
2 800,00										
ما عدا خطأ أو نسيان										
Commentaire 076483724										