

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.

Thérapeutique :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0061461

98737

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2611 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NEK MOUCHE QUARZIS

Date de naissance :

Adresse : Hs La mome

Tél. : 06 67 41 60 30 Total des frais engagés : 632,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : APRAS Noureddine 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 : 04/12/11 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-061461

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2611

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 632,00 Dhs

Date de dépôt :

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.

توقيع و طابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DASS

Identification de l'agent :

Beta

تعليمات بحث اتباعها

تقديم درجة العلاجات بالنفسة لكل مرض وكل حادث.

يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طبية، فاتورة، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرقم الشريطي للأدوية المشترأة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المراجعة.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب المواقف المسبقة.
لائحة 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 تصریح کاذب للإسقافه من خدما
غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
إهين باختتم الشرط القانونية كل ما سبق ذكره.

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	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 مرجع رقم
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *		<input type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	
N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (ها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : ARRAS Nour eddine		الاسم العائلي و الشخصي :	
N° Immatriculation : 117331513124112		رقم التسجيل :	
N° CIN : 111318131151_1_		رقم بطاقة التعرف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها)*	
<input type="checkbox"/> Conjoint زوج		<input type="checkbox"/> Enfant ابن	
Adresse : RES FATH ZAHRA II App 01 AR EL KHAYAT, Rue des Roses HAY RAHM - Bouskoura CASA		العنوان :	
Montant des frais : 6.324.00 Dhs.		مبلغ المصروف :	
Nombre de pièces jointes : 4		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom :		صريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات	
Date de naissance :		الاسم العائلي والشخصي :	
N° CIN :		تاريخ الإزدياد :	
Sexe * : M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/>		رقم بطاقة التعرف الوطنية :	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المعنصر **	
Médecin traitant الطبيب المعالج 		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins			
Admission ALD :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° dossier ALD :		قوول المرض المزمن :	
Code ALD :		رقمل المرض المزمن :	
Maladie* :		رمز المرض المزمن :	
مرض*		Hospitalisation* :	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à :		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Le :		Fait à :	
توقيع المؤمن له		توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية	
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

وصفة طيبة

Ordonnance

Casablanca, le : 20 / 11 / 802

THE ARRAS NEEDLE

P. laevis T&G

31^{6.00} 1 kg à midi p'tit mois

632.0⁰

Hôpital Universitaire International BELMIR Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire
Prag 16e +31 06 11 61 11 61

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg. cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg. cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH



	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S.</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	
			REF : 610-2-06 : مرجع رقم	
	Référence structurée : 211210487303053	Emis à Casablanca le : ٠٠٠٠٠	Page : 1	
	Identifier de la famille تعرف العائلة	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020		
	N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 12/2021 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	أصلان التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
070999106	25/11/2021	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070999106	25/11/2021	PH	PHARMACIE	632,00	398,80	1,00	1,00	398,80	81	323,03
Total remboursé pour NOUREDDINE										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان