

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.

Radiologie 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.

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL ZOUANI MED EL MAHFOUD

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : RESID ANDALOUSIA BOANOUAL BOU 83
APT 8 CASABLANCA

Tél. : 0661462619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS 16 OCT 2019]

Date de consultation : 16/10/2022

Nom et prénom du malade : ZOHRAY FATIMA Age: 70

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 : 16 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 المديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2 06 :
	Référence structurée : 220111478479283	Emis à Casablanca le : 06/01/2022
Identifiant de la famille N° d'immatriculation : 192159815 Règlement du mois : 01/2022 Mode de paiement : Virement	تعريف العائلة ZOHRY FATIMA RES ANDALOUSSIA IMM 83 APPT 8 BD ANOUAL CASABLANCA 2034	
Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZOHRY FATIMA										
077543390	08/12/2021	CS	MR DKHISSY MOUHSSINE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
077543390	08/12/2021	MON	OPTICIEN	1 500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
077543390	08/12/2021	VER	OPTICIEN	4 500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
077543390	08/12/2021	PH	PHARMACIE ASKIA	54,10	54,10	1,00	1,00	54,10	70	37,87
Total remboursé pour FATIMA										457,87
Total général remboursé										457,87

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 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 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 إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاتباتية 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرضى

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02 Réf.

Ref. ANAM 12.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : ZOHRY FATIMA

رقم التسجيل : 11921591815

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1216126101

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

العنوان : RESID ANDALOUSSE IM 83 Apt 8 BD ANOUAL

Montant des frais : 924,60 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 8

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ZOHRY FATIMA

تاريخ الزيداد : 11/01/1981

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1216126101

الجنس : * أنثى ☒ F ذكر ☐ M

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

INPE et code à barres **

مédecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ استشفاء

Maternité ☐ أمومة

Accident ☐ حادثة

Maladie ☐ مرض

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 12/01/2012

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

Le : 12/01/2012

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - تلمذة: 2012 - الدار البيضاء منب - الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Cas Gare Téléphone: 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: 12/01/2012

تاريخ الاستلام: 12/01/2012

Date d'arrivée:

البريد دوجيا قريته
قيسما و قيسما ريداريا احيال

D. cure (4 amp)

Ueh D amp

56,30

Y, 54,60



Pharmacie les Arènes
5, Rue Abdel Eddine Sayoufi
Quartier Racine
05 22 36 28 24 - Casablanca

SV

PPV: 56,30 DH
LOT: 21I27D
EXP: 09/2023

Fabriqué par **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE* AMPOULE



Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier
Tél.: 05 22 22 11 21 - Fax: 05 22 27 27 15
- Casablanca - 15 jours

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier
Tél.: 05 22 22 11 21 - Fax: 05 22 27 27 15
- Casablanca -

Zweis

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute

R.V
Le Vendredi 25-03-22
الدكتورة نجوى غزال
أخصائية الأمراض النفسية والعصبية
21/11/22

SV
20HRY

Fluoxet* 20 mg
30 gélules
6 118000 021681

Fluoxet* 20 mg
30 gélules
6 118000 021681

TARAXET* 25 mg
30 Comprimés pelliculés sécables
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP
6 118000 022954

- Fluoxet 20mg

SV

- 20 - mg

1 gel matin

1 gel matin

1 gel soir

24, 7

- Taraxet 25mg

SV

- Avlocardyl 40mg

1/2 cp le soir
(41.80 x 2)

1/2 cp x 3/j

TSVP =>

17, rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier - Casablanca - Tél. : 0522 22 11 21 - Fax : 0522 27 27
0522 27 27 15 : الفاكس : 0522 22 11 21 - الهاتف :
زنقة نجيب محفوظ - حي غوتيي - الدار البيضاء -

TSVP =>

Pharmacie
5, Rue Abd El Eddine
Quartier Romaine
05 22 36 23 24 - Casablanca

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud
Tél. : 05 22 22 11 21 - Casablanca

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80
LOT : 21E010
PER : 06 2024

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80
LOT : 21E009V
PER : 05 2024