

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.

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.

Prothèse 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

N° M21- 0059858

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 104329

Nom & Prénom : SHAM Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : R. Sanaa, Bd. Bougagga, angle rue T. Braou KALAKI'S
N° 130 CASAB

Tél : 0605 804320 Total des frais engagés : 644,60 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 :

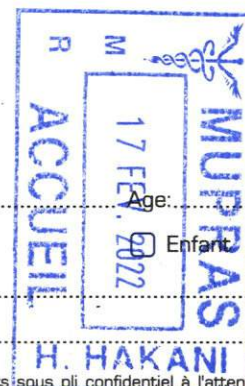
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASAB Le : 17 / 02 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Référence structurée : 220111918316790	Emis à Casablanca le : 25/01/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005 N° d'immatriculation: 159687128 Règlement du mois : 01/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاداء Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
089209506	02/12/2021	CG	HOPITAL IBN ROCHD	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089209506	02/12/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	644,60	467,30	1,00	1,00	37,30	70	327,11
Total remboursé pour MOHAMED										327,11
Total général remboursé										327,11

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, saufs'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.

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p> <p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : 11/11/2011</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO</p> <p>Date d'arrivée : 11/11/2011</p>
--	--

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 المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

 <p>الضمان الإجتماعي AUCOH - FUCB CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction des Mutuelles Malades Obligatoires</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>0605904320</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>الاسم والعائلي والشخصي : K.S.A.B. Mohamed</p> <p>رقم التسجيل : 15121681912181</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 99 405</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * : ابن <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>العنوان : R. SANA, ANGLE 5 BNA KALAKIS, Bd. Bougagnew 130</p> <p>مبلغ المصاريف : 6.44.60 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 4</p>			
<p>Declaracion du Medecin traitant</p>			
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم والعائلي والشخصي : K.S.A.B. Mohamed</p> <p>تاريخ الإزدياد : 11/11/2011</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 99 405</p> <p>الجنس : * : أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك ** : 15121681912181</p>			
<p>INPE et code à barres **</p> <p>15121681912181</p>		<p>مستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم والعائلي والشخصي : K.S.A.B. Mohamed</p> <p>تاريخ الإزدياد : 11/11/2011</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 99 405</p> <p>الجنس : * : أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك ** : 15121681912181</p>	
<p>Medecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>N° dossier ALD : 11/11/2011</p> <p>Code ALD : 11/11/2011</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant</p> <p>Fait à : 11/11/2011</p> <p>Le : 11/11/2011</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à : 11/11/2011</p> <p>Le : 11/11/2011</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

* Cocher la mention utile pour chaque cas

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

080 200 7200 / 080 203 3333 - هاتف - دار البيضاء - ب. 2186 - دار البيضاء - ب. 2186

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Care Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة



المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 02/12/2021

ORDONNANCE

Docteur :

Dr KSAR Mohamed

- 1 - Teralet ^{64,60} 250 j ⁷⁰¹
- 2 - lamictal ^{23,80} 100 j ⁷⁰¹ Synnas 100j
- 3 - Nazin ^{16,20} 1/2 - 01 j ⁷⁰¹
- 4 - largachil ^{23,80} 1/2 - 00 j ⁷⁰¹
- 5 - Temesta ^{29,60} 25 j ⁷⁰¹

Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

un d'Ansis, RIV est le 06/01/2021

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH

ID: 647763

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH

ID: 647763

6 118001 140800

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC 820

P.P.V: 16DH20

LOT: 20E003
PER: 02 2025

6 118000 060475

Maohar
Bd Alklima N°8, Q1
Sidi Bernoussi, Casablanca
Lar: scitil 100mg cp
peli 330
P.P.V: 23,80 DH

6 118000 012375

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830

P.P.V: 29DH50

LOT: 21E002
PER: 03 2023

6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830

P.P.V: 29DH50

LOT: 21E004
PER: 06 2023

6 118000 011576