

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>5183</u>	Société : <u>RAM</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>S.HAM. Fatima</u>	
Date de naissance : <u>01-01-58</u>	
Adresse : <u>R. Sanaa, Bd Bourguiba, angle Rue Ben Ali Kalais</u>	
N° <u>130 CASA</u>	
Tél. : <u>06.05.804.328</u>	Total des frais engagés : <u>644,60</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : CASA

Le : 17/02/22

Signature de l'adhérent(e) : H. HAKANI



 بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الصندوق الاجتماعي للضمان 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
Identifiant de la famille		تعريف العائلة
N° d'immatriculation : 159689428 Règlement du mois : 01/2022 Mode de paiement : Virement		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005
Informations :		معلومات :

مرجع الإشعار بالرسالة Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرية 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	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 (ordonnance médicale, 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 CNS 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 aux 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.

لليمات يجب اتباعها Rules, Regulations and Instructions

نسبة العلاجات بالنسبة لكل مرض ، لكل حدث.

جـب إـرفـاق وـرـقة العـلاـجـات بـجـمـيع الـوـثـائق الـضـرـوريـة

**٦- يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين
٧- على كل ورقة علاج**

جـب إـرـفـاق الـوـصـفات الـمـرـسـلـة بـالـرـمـز الشـرـيطـي لـلـأـدوـيـة
لـمـقـتـرـاـهـ.

٥ جب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

بيان تعريفة المبالغ المصروفة على أساس التعرية الوطنية
لمرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصناديق
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعريف.

حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
، هي باختصار الشيء الذي يتحقق به كل ما سبق ذكره.

خاض، بمديرية التأمين الصحي، الإجمالي

Reserve à la DAMU

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Koenig at (314) 747-2146 or via email at koenig@dfci.harvard.edu.

Digitized by srujanika@gmail.com

نیز اسکرین کارڈ، میگتھن، پرینت کرنے کے لئے اپنے کام کو انجام دے سکتے ہیں۔

Digitized by srujanika@gmail.com

 C.N.S.S. Le devoir de vous protéger	<p align="center">ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p align="center">Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		 مديرية التأمين الصحي الإجاري <i>Dirección de la Seguridad Social</i> 08 920 82706 Réf. : 610-1-03
موافقة مسبقة * تتفق * <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Entente préalable * Exécution *		رقم التسجيل : 0605904320 مرجع رقم : 610-1-03	
N° Dossier : _____			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : K.S.Abd. Mohamed الاسم العائلي والشخصي :			
N° Immatriculation : 11519161819112181 رقم التسجيل :			
N° CIN : B 99 405 رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : R. SANAA, ANGLES BNAK KALAKIS, Bd. Bougheyeb N° 130 العنوان :			
Montant des frais : 6.444.60 Dhs. مبلغ المصروف :			
Nombre de pièces jointes : 4 عدد الوثائق المرفقة :			
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : _____ تصريح الطبيب المعالج			
Date de naissance : _____ المستفيد من العلاجات			
N° CIN : _____ الاسم العائلي والشخصي :			
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى تاريخ الإزدياد :			
INPE et code à barres ** رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر ** <div style="text-align: center;"> </div>			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins			
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن * :			
N° dossier ALD : _____ رقم ملف المرض المزمن :			
Code ALD : <input type="checkbox"/> رمز المرض المزمن :			
Maladie* <input type="checkbox"/> مرضاً * Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشارة* <input type="checkbox"/> نوع العلاجات			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		لله يصح كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : Casablanca Le : 10/12/2014		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
توقيع المؤمن له		توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

Description des actes effectués

Date des actes	Code des actes	رمز العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	معامل العمليات Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres				HOPITAL IBN ROCHD Secteur des Ressources PSYCHIATRIE Signature de Dr. S. ROCHD
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

Date des actes	Code des actes	رمز العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	معامل العمليات Montant facturé	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفترض Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

وصف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Date des actes	Code des actes	رمز العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NASM	معامل العمليations Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفترض Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08/12/11	644,60	PHARMACIE ATTAWFIID May Sadiq doc 3 Rue 10 N° 33 Tél: 05 22 79 80 12 CASABLANCA
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



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

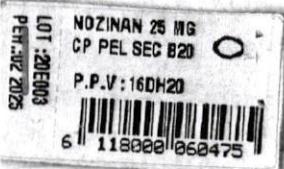
Casablanca, le : 02/12/2021

ORDONNANCE

Docteur :

Dr KSAR Nohamed

- 1 - Teralith 250 g 16,60 Dhs 1/2 - 00 01 et 1/2
2 - lamictal 100 g Synaps 100g
3 - Noginat 16,60 Dhs 1/2 - 00 01
4 - largactil 100 g 29,80 Dhs 1/2 - 00 01.
Tenepta 25 g 00 - 00 701 1/2 - 00 01.
- Total : 644,60 Dhs
- Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83
- M d'1 mois, exp le 06/01/2022



Maphar
Bd Alimia N° 8, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Lanacetil 100mg cp
pell 30
P.P.V: 23,80 DH
ID: 20120202
Barcode: 6 118000 012375

