

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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- 0059862

104339

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAM; Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : R. Sanaa, Angle Rue B. Mer, KALAKIS Bd Boujaj
N° 130, CASABLANCA

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 553,00 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 : CASABLANCA Le : 17/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



L'obligation de remboursement prise par la NSS est subordonnée au respect des conditions élementaires et de ce qui précède.

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

* 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.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف البضاء المحطة 2 886 ب. ب. الدار البيضاء ض. ب. ب. 080 200 7200 / 080 203 3333

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

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>15/05/21</p>	<p>403,00</p>	<p>PHARMACIE ATTANHID 06 22 70 80 42 10 rue 10 N° 3 ASABLANCA</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>092012293</p>	<p>092012293</p>	
<p>INPE et code à Barres</p> <p>092012293</p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2.06 :
Référence structurée : 211109909512314		Emis à Casablanca le : 23/11/2021	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159620008 Règlement du mois : 11/2021 Mode de paiement : Virement		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام 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										
086499918	20/09/2021	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
086499918	20/09/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	403,00	398,40	1,00	1,00	398,40	70	278,88
086499919	30/09/2021	CG	HOPITAL IBN ROCHD	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086499919	30/09/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	739,00	596,90	1,00	1,00	596,90	70	417,83
086499917	05/10/2021	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
086499917	05/10/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	529,60	530,40	1,00	1,00	530,40	70	370,72
086499917	05/10/2021	PHN	PHARMACIE ATTAWHID	0,00	34,00	1,00	1,00	34,00	00	0,00
Total remboursé pour MOHAMED										1 179,43
Total général remboursé										1 179,43

Signer erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان