

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## armacie :

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.

## ique :

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

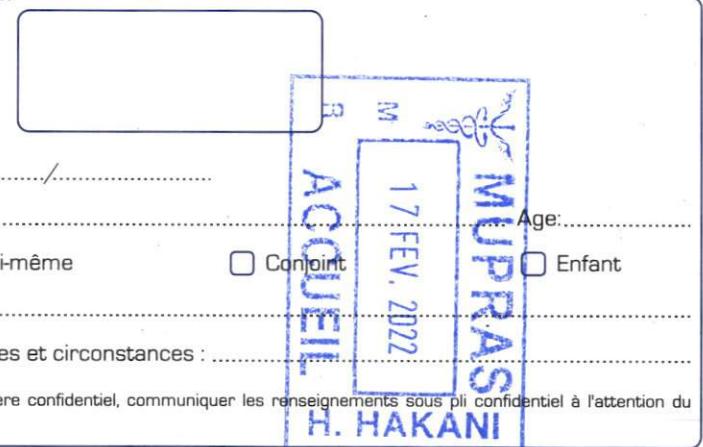
## Cadre réservé à l'adhérent(e)

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. Samace, Angle Rue B.Ner. KALAKIS Bd Bougazi N° 130. Casab.</u>	
Tél. : <u>06 05 90 43 20</u>	Total des frais engagés : <u>553,00</u> Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : CAF

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 17/02/2022

## 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 précéde.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير....).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب ارفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المستودق 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 تعريض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعريض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعريض.

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

حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

فرفع وطبع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خالص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ٢٠١٥\_١٢\_٢٣

Date d'arrivée : ٢٠١٥\_١٢\_٢٣

 الضمان الاجتماعي <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	<small>Réf. : 610-1-03</small> <small>N° ANAM : 0605904320</small>

خاص بالمؤمن له (لها)  
الاسم العائلي والشخصي : .....  
رقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

N° Dossier : .....  
Nom et prénom : .....  
N° Immatriculation : .....  
N° CIN : .....  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint  زوج  
Enfant  ابن

العنوان : .....  
Montant des frais : ..... درهم  
Nombre de pièces jointes : .....

Déclaration du Médecin traitant  
Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom : .....  
Date de naissance : .....  
N° CIN : .....  
Sexe \*: M  ذكر F  أنثى

INPE et code à barres \*\*  
Médecin traitant .....  
Etablissement de soins .....  
الطبيب المعالج .....  
المؤسسة العلاجية .....  
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق \*\*

Type de soins  
Admission ALD \*: Oui Non  
N° dossier ALD : .....  
Code ALD : .....  
Maladie \*: مرض \* Hospitalisation\*  استثناء \*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
أشهد بصحة كل ماذكر أعلاه  
Fait à : .....  
Le : .....  
Signature de l'assuré (e) .....  
Signature .....  
Témoignage .....  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables .....  
Fait à : .....  
Le : .....  
Témoignage .....  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins .....  
Signature .....

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoller 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 - .....  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة				
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طلبي الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
20/09/2021	C	15000		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين					
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طلب المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العمليات الإيجاء، الأشعة و الصور				
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طلبي الأشعة أو الإيجاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طلب الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/09/2021	103,00	
092012293		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
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      تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 15968008  
Règlement du mois : 11/2021  
Mode de paiement : Virement

KSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

Informations :

معلومات :

مرجع الاشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة 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

S'il y a erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان