

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

N° M21- 0059853

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAM i Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : R. Sanaa, Bd. Bougargne, angle Rue Ibnou KALAKI

N° 130 Casa Bougargne

Tél : 06 05 90 43 20

Total des frais engagés : 661,90

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 : Casa

Le : 08/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

تعلیماتِ یجبِ اتباعِہا

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 précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا 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 للإستفادة 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>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p>Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier : 0605904320			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (ها)	
Nom et prénom : K. SAR Mohamed		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 11591618113181		رقم التسجيل :	
N° CIN : 11 899 405 11		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : 2, Sanaa, Wjda Rue TB Nou KALAKIS, N° 130 Bd. Boungoro Casa		العنوان :	
Montant des frais : 661,920 Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : 1		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe * : M <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		الجنس * :	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر **	
0100000142		11111111111111111111	
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		نوع العلاجات	
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		قبول المرض المزمن * :	
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :	
Code ALD :		رمز المرض المزمن :	
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : 10/03/2023		Fait à : 10/03/2023	
Le : 10/03/2023		Le : 10/03/2023	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant bnd 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.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 ب. ب. ساحة داکار - الدار البيضاء ص. ب. 2186
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

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	
No 103/22	66190	
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



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

10/03/2022

ORDONNANCE

Docteur :

à la Famille

Dr KSAR Ned:

67-6

1 - Tera lith 250g

02 00 - 01 et 1/2

2 - Rus perdal gouttes

05 - 00 - 05

3 - lami chal 100g

01 - 1/2 - 01

4 - Nazinan 100g

02 00 - 00 - 1/2

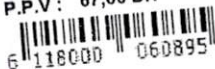
5 - Tevesta 25g

02 - 00 - 01 pdt 10g

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 20 20 - Fax : 05 22 29 94 93

tu d'1 mou, RSV CS le 10/03/2022

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Terallithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



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



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



LOT : 21E004V
PER.: 05 2026
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30



LOT : 21E004
PER.: 06 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50



TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50

LOT : 21E005
PER.: 06 2023

	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 : 220515929850348	Emis à Casablanca le :
	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 : 159689128 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement		
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	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										
089026886	10/03/2022	CG	HOPITAL IBN ROCHD	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089026886	10/03/2022	PH	PHARMACIE ATTAWHID	661,90	541,70	1,00	1,00	541,70	70	379,19
Total remboursé pour MOHAMED										379,19
Total général remboursé										379,19

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان