

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : R.Sanaya, Bd Bourgogne, angle Rue T.Bnei KALAKIS
N° 130. Casab. Bourgogne

Tél. : 06.05.90.43.22 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 : CASABANCA Le : 08.10.6.122

Signature de l'adhérent(e) :



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 précède.

Instructions à suivre

Procéder à l'émission d'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.

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

Réserve à la DAMO

Demande d'admission : _____

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

Ref. : ANAM 1.2.02.01

Ref. : ANAM 1.2.02.01

0605964320

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : _____

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

العنوان :

Adresse : 2, Saneay, M'goun Rue TBNOU KALAKIS, N° 130 Bd. Bourgogne Casablanca

مبلغ المصارييف :

Montant des frais : 664,90 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : 1

صريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : _____

تاريخ الإزيداد : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: * _____

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق ** _____

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

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن * : _____

رقم ملف المرض المزمن : _____

رمز المرض المزمن : _____

Hospitalisation* استشفاء*

أشعر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 10/10/2013

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré

* 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.

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء الجديدة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
٢٤/٠٣/٢٠٢٢		C.G		Dr. VAZI DILMAN Service de Psychiatrie Hôpital Royal Casablanca	<i>Nay</i>
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين					عمليات المساعدين الطبيين
التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع 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					عمليات الاحياء، الاشعة والصور
تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلمات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاشعة او الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ/التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موئن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
Mo 103122	661.90	
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 الاستشفائي 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.

Dr Services de
l'Hôpital Ibn Rochd

67.

1 - Tela lith 100g:

02 00 - 01 et 1/2

2 - Rus perdal gouttes

239 05 - 00

7/5

3 - lamichal 100g:

01 - 1/2 - 01

4 - Naxinan 100g:

29 02 00 - 00 - 1/2

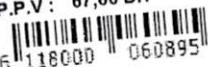
5

Naxesta 25ug

66190 1/2 - 01 pdt 1/2

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 29 / 05 22 48 60 40 - Fax : 05 22 29 94 98

un - d'1 mois, prov ce test 10/03/2022

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

6 118000 060895

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

6 118001 140800

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

6 118001 140800

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :57DH30

6 118000 060482

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

6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V :29DH50
LOT : 21E04
PER.08 2023

6 118000 011576

 بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الصندوق الاجتماعي pour l'assurance sociale CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم	
Référence structurée : 220515929850348		Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢-٠٣-١٥	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروف Montant de la dépense	التعريفية 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 089026886	10/03/2022 10/03/2022	CG PH	HOPITAL IBN ROCHD PHARMACIE ATTAWHID	0,00 661,90	0,00 541,70	1,00 1,00	1,00 1,00	0,00 541,70	00 70	0,00 379,19
Total remboursé pour MOHAMED										379,19
Total général remboursé										379,19

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان