

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0008114

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : 118528
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SHAMI FATIMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0605904320 Total des frais engagés :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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) : emc

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 220313458778815	Emis à Casablanca le : <input type="text"/>	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 : 03/2022 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										
086589532	10/01/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
086589532	10/01/2022	K	MEDECIN SPECIALISTE	500,00	292,50	1,00	1,00	292,50	70	204,75
086589532	10/01/2022	MON	OPTICIEN	900,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
086589532	10/01/2022	VER	OPTICIEN	1 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
086589532	10/01/2022	PH	OPTICIEN	691,40	192,10	1,00	1,00	192,10	70	134,47
088956235	06/01/2022	CNP	HOPITAL IBN ROCHD	60,00	100,00	1,00	1,00	100,00	90	54,00
088956235	06/01/2022	PH	PHARMACIE ATTAWHID	895,70	694,20	1,00	1,00	694,20	70	485,94
Total remboursé pour MOHAMED										984,16
Total général remboursé										984,16

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Instructions à suivre

Établir 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 réprésenté 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مزرع رقم 610-1-03 : Réf</p>	<p>12/02/2017 N°: ANAM</p>
	<p>N° Dossier : 0605904320</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> <p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Nom et prénom : KSAR Mohamed</p> <p>N° Immatriculation : 1151916831218</p> <p>N° CIN : 11619914951</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p> <p>Adresse : R. Sance, Bd. Boumouja, Anger I Bnal KALAKIS N°130 Casablanca</p> <p>Montant des frais : 955,00 Dhs.</p> <p>Nombre de pièces jointes : 1</p>				
<p>Déclaration du Médecin traitant</p> <p>تصريح الطبيب المعالج</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p> <p>المستفيد من العلاجات</p>				
<p>Nom et prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>N° CIN :</p> <p>Sexe * : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> F</p> <p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins</p> <p>نوع العلاجات</p>				
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>N° dossier ALD :</p> <p>Code ALD :</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : 06/01/2017</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : 06/01/2017</p> <p>توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier :</p>	<p>Date d'arrivée :</p>

* Cocher la mention utile pour le cas
** Accoler l'originalité portant le N° 1450
080 200
Mars

* نشطب الخانة
de à barres.

Formation : K S a n 1700
Reçu de M :
La somme de : 810 317

No 637059

le 06.04.22

Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
C	HONOR.
	Régie d.
Total	90

Total

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المقوتر 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 الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAPI / ABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

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

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/01 / 2022	895,70	
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

le 06/01/2022

Ordonnance

Nr KSAR Med

1 - Teralith 500g
02 - 00 - 01 et 1/2

2 - Risperal 4g
05 - 00 - 05
1g/ml

3 - Lamictal 100g
1/2

4 - Norxan 100g
00 - 00 - 01

5 - Larpach 100g
01 - 00 - 01

durée de 3 semaines
Presc le 20/01/2022
à 09h00

PHARMACIE ATTAWID
Hay Sadn 3 Rue 10 N° 33
Tél: 022 70 60 42 - Casablanca

PHARMACIE ATTAWID
Hay Sadn 3 Rue 10 N° 33
Tél: 022 70 60 42 - Casablanca

T= 395,70



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



BILLET D'EXAMEN

Prénoms - Nom du malade :

Service :

N° d'admission :

Date :

Renseignements Cliniques

Résultat d'Examen

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain sebaâ Casablanca
Teraltho 250 mg, 8100 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 : 218003
PER : 03/2016
NOZINAN 100 MG
CP VEL SEC B20
P.P.V : 570 DH30

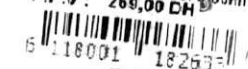


Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100mg cp
pell b30

P.P.V : 22,80 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 266,00 DH



05 22 48 30 30