

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0008114

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SHAMIA 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) : SM C

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 220313458778815	Emis à Casablanca le : 00000	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement	KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
	Informations :	معلومات :	

مربع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	الصليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعرية 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	66,00	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 résenté 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 NSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Instructions à suivre

Prélever 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 résenté 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 NSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Signature et signature de l'Agence

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

Signature et date d'émission : _____

Signature et date d'émission

Date d'arrivée : _____

 Le devoir de vous protéger	Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée Formulaire N° 12/02/01	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-03 مراعي رقم 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : *IKSAR Mohammed*
 رقم التسجيل : _____

N° Immatriculation : *19916891218*

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : *R. Sanace, Bd. Bouygues, Angle I. Brav KALAKIS N° 130 C.N.S.S.*

Montant des frais :

٢٠٠٠ درهم

Nombre de pièces jointes :

١

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 ** : *0605904325*

Médecin traitant _____
 الطبيب المعالج _____
 Etablissement de soins _____
 المؤسسة العلاجية _____

Type de soins

Admission ALD * : Oui Non

N° dossier ALD : _____

Code ALD : _____

Maladie * : مرض * Hospitalisation* استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
 Fait à : *CNCP* _____
 Le : *06/09/2011* _____

توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : *Casablanca* _____
 Le : *06/09/2011* _____

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* اكتب فقط
 les codes à barres.

* Cocher la mention utile pour votre cas
 ** Accoller l'enquête portant sur
 080 200 100
 Maroc

Formation : *K SAR 744*
Reçu de M : *SA*
La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	<i>695,70</i>

No 637059

le 06.01.22
Signature du
Régisseur et Cachet

وصف العمليات المجرأة

توقيع و طبیع الطیب المعالج
nature et Cachet du Médecin
traitant



INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/ABM	المبلغ المغورت Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طبیع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/01/2022	895,70	<i>DR. [Signature] Service de Psychiatrie CHU Ibn Rochd</i>
INPE et code à Barres <i>092012293</i>		
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

le 06/01/2022

Ordonnance

Dr KSAR Ned

67,60

1 - Teralith 950 p.

~~100,00~~ 02 - 00 - 01 Et 1/2

~~865,00~~

2 - Risperidon gouttes 1-11ml.

~~100,00~~ 05 - 00 - 05

3 - Lamictal 100g

~~57,30~~

4 - Nootropil 100g

~~57,30~~

5 - Largactil 100g

~~01~~

00 - 00 - 01

TTC de 3 semaines
PROV Q le 20/01/2022
à 09h00

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Téralithé 250 mg. B100 cp
P.P.V : 67,60 DH
6 118000 060895

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
6 118001 140800

Maphar
N07INAN 100 MG
CP NEL SEC B20
P.P.V : 570,00
6 118000 060482

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100Mg cp
peli b30
P.P.V : 25,80 DH
6 118000 012375

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1 mg/ml Sol b/5ml
P.P.V : 265,00 DH
6 118001 182633

BN ROCHD
البرلمان
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd - Casablanca
CHU
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd - Casablanca
Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

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

BILLET D'EXAMEN

Date :



Prénoms - Nom du malade :

Service :

N° d'admission :

Renseignements Cliniques

Résultat d'Examen