

## 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.

N° W21-714668

118634

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0808392

Société : EX R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL MIDA GHARI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 08 97 32

Total des frais engagés : 1000,54 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Enfant

Lien de parenté :



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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

E.I. J.



## 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 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 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.

Signature et cachet de l'Agence

Signature et cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_

## Instructions à suivre

Présenter 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 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 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.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة \*

Entente préalable \*

تنفيذ \*

Exécution \*

Réf. - 610-1-02

مذكرة التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM : 1.2.01.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ١٦٥٩٧٨٥١٤

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

ابن

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : REDOUANE Abdellah

N° Immatriculation : ١١١٠٩١٨٢٧٣٥١

N° CIN :

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

Conjoint  زوج

Enfant

Adresse :

Montant des frais :

درهم Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Redouane Abdellah

Date de naissance :

N° CIN: ١١١٠٩١٨٢٧٣٥١

Sexe\* :

M  ذكر

F  أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

532 Bd Pasteur  
Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية  
Tél.: 0227740490 à Casablanca  
0227740490 à Dakar  
0227740490 à Casablanca  
0227740490 à Dakar

Type de soins\*

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  أمومة  Accident حادثة  Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه

بـ :

في :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أصل بمصداقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه

بـ :

في :

\* أسطب الماء المناسب  
\*\* اكتب الماء المناسب

\* 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

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع 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

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
<b>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</b>		
<b>تاریخ التنفيذ Date d'exécution</b>	<b>الثمن المفوتر Prix facturé</b>	<b>توقيع وظايع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</b>
INPE et code à Barres  _____		
INPE et code à Barres  _____		

<b>Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire</b>			
<b>Nature de la prestation</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Total</b>



Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

Référence accusé de réception	Date de réception	Actes	Prestataire de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
<b>RÉGOUANE ALMADINA</b>										
-	16/04/2022	-	CLINIQUE ALMADINA	1 000,00	-	-	-	-	-	1 000,00
-	16/04/2022	-	CLINIQUE ALMADINA	18 010,71	-	-	-	-	-	17 110,17

Sauf erreur ou omission

## **TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**

Nº

3312

/ 2022 du 18/04/2022

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée 16/04/2022

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie 17/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
<b>PRESTATIONS</b>					
CHIMIOTHERAPIE	2,00	FORFAIT	1 000,00	5	100,00
			<b>Sous-Total</b>		<b>100,00</b>
<b>PHARMACIE</b>					
PHARMACIE	1,00	PH	18 010,71	5	900,54
			<b>Sous-Total</b>		<b>900,54</b>

*Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :*

MILLE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES

Total 1 000,54

**Montant total facturé**

20 010.71

***Montant pris en charge par l'organisme***

19 010.17

***Montant ticket modérateur à charge du patient***

1 000,54



# F A C T U R E

N° : **3312 / 2022** du **18/04/2022**

**CHIMIOTHERAPIE**

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée **16/04/2022**

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie **17/04/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

<b>CHAMBRE</b>	CHIMIOTHI	2,00	<b>200,00</b>	<b>400,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>400,00</b>

<b>Consommable</b>	CHIMIOTHI	2,00	<b>400,00</b>	<b>800,00</b>
<b>PHARMACIE</b>		1,00 PH	<b>18 010,71</b>	<b>18 010,71</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>18 810,71</b>

**Total Clinique** **19 210,71**

<b>PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)</b>	CHIMIOTHI	2,00	<b>400,00</b>	<b>800,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>800,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>800,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  VINGT MILLE DIX DIRHAMS SOIXANTE ET ONZE CENTIMES	<b>Total</b>	<b>20 010,71</b>
Immatriculation : <b>110982735</b>	Adhérent : <b>REDOUANE ABDELMAJID</b>	Part organisme <b>19 010,17</b>
Affiliation : <b></b>	N° prise en charge : <b>998389678</b>	Part patient <b>1 000,54</b>
Cin : <b></b>		





الدار البيضاء، في Casablanca, le 18/04/2022

**Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire**

**مديرية التأمين الصحي الإجباري**

CNSS  
998389678  
AMO



**CLINIQUE ALMADINA  
532 BD PANORAMIQUE  
MANSARD QUART.PALMIERS  
20100 CASABLANCA**

**Réf : N° d'immatriculation 110982735**

**Nom et prénom de l'assuré : REDOUANE ABDLAMJID  
R4946**

**Objet : Attestation de prise en charge**

**الموضوع : شهادة التحمل**

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998389678 , reçu le 15/04/2022, nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998389678 والذى وافيتمنا به بتاريخ 15/04/2022 نطلعكم على موافقنا بخصوص

**Le bénéficiaire**  
REDOUANE ABDLAMJID  
**L'établissement**  
090006784  
**Le montant**  
25276,47Dhs  
**La validité de prise en charge**

**REDOUANE ABDLAMJID**  
090006784  
**du 16/04/2022 au 15/05/2022**

المستفيد  
المؤسسة العلاجية  
المبلغ  
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer impérativement dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

وتقضوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا

**مصلحة الموافقة المسقبة و التحمل  
Service Entente Préalable et Prise en Charge**

**S/R: DETAILED PHARMACIE SR LMR**

**S/R: CRH**

**S/R:**

**S/R:**