

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

- Reclamation : 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- 070549

Complémentaire Assurance Epurée
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366 Société : RAN 119107
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. Y. Samir
 Date de naissance : 22/12/1960
 Adresse :
 Tél. : 0613998815 Total des frais engagés : 30000 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 : Le :/...../.....


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

0672277802

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره .

 <p>الضمان الاجتماعي MOROCHE CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمرض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">* موافقة مسبقة *</p> <p style="text-align: center;">Entente préalable *</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">* تنفيذ *</p> <p style="text-align: center;">Exécution *</p> </div> </div>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 Réf.</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>الإسم العائلي والشخصي : BEN BADI ABDELJALIL</p> <p>رقم التسجيل : 1131231212121</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1111111111111</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p> <p>لین parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>العنوان : Rue Bab el Annasser et Aboumoussa el Fara Racine Casablanca</p> <p>مبلغ المصاريف : درهم Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة :</p> <p>Montant des frais : Nombre de pièces jointes :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الإسم العائلي والشخصي : BEN BADI</p> <p>تاريخ الإزدياد : 1111111111111</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1111111111111</p> <p>الجنس : * M ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> F</p> <p>INPE et code à barres ** 921961099</p>		
<p>معالج الطبيب</p> <p>موقع الطبيب المعالج</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>موقع المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>N° dossier ALD : 1111111111111</p> <p>Code ALD : 1111111111111</p> <p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *</p>		
<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.</p> <p>Fait à : 31/05/2022</p> <p>Le : 31/05/2022</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	<p>أشيد بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je certifie la véracité et l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : 31/05/2022</p> <p>Le : 31/05/2022</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	

* 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 المحطة - الدار البيضاء المحطة - ب. ب. 2186 - الدار البيضاء
دار المومن - ساحة دكاك - الدار البيضاء - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333
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					
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé الثمن المفوتر	ترقيم وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux			
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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220617286350219	Emis à Casablanca le : 0000	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة BENBADIS ABDELJALIL 01 RUE BAB ENNASSER RES AYA ETG 01 APT 01 RACINE CASABLANCA 2000		
	N° d'immatriculation : 138372223 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
BENBADIS ABDELJALIL										
089038710	12/04/2022	CG	MR BOUZIANE ABDELHAK	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089038710	12/04/2022	B	LABORATOIRE TAZI	4 353,20	1,10	230,00	1,00	3 553,00	97	3 446,41
089038709	31/05/2022	CS	MR ELYOUNSI MUSTAPHA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	97	145,50
Total remboursé pour ABDELJALIL										3 591,91
Total général remboursé										3 591,91

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان