

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 vignette 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº M21- 070549

Complexe et dossier Expert

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 83661

Société : RAN

119107

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDY DAWI

Date de naissance : 22/12/1960

Adresse :

Tél. 0613928815

Total des frais engagés : 3000.00 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) :



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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 تعريف المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعرض بعض الخدمات يظل رهننا بطلب الموافقة المسبقة. لانها هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعرض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير ممتلكة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التغويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طبع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: ٢٠١٩_٠٦_٢٣

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

Date d'arrivée : ٢٠١٩_٠٦_٢٣

 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 Ref. ANAH 120201 مرجع رقم: 610-1-03
موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المسنفدي والمؤمن له (لها) :

Conjoint زوج
Enfant ابن

العنوان : Rue Bab El Annasser à El Bouzaiate sur la Racine Jassabien

مبلغ المصارييف : درهم - Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإزدجاج :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس: *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

INPE et code à barres **

Médecin traitant
Etablissement de soins
الموسسة العلاجية

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن*:
رقم ملف المرض المزمن:
رمز المرض المزمن:

Hospitalisation*
الاستفادة

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

Fait à:
Le:

أشهر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à:
Le:

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

* لفظ الكلمة المنشية

** 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 ص.ب. 2186 - مaison de l'Assuré - Place de DAKAR - 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

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	ترقیع و طابع الصيدلي او مuron التجهیزات المطبلية 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

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220617286350219

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢

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 المصارييف	التعرفة 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 LABORATOIRE TAZI	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089038710	12/04/2022	B	MR ELYOUNSI MUSTAPHA	4 353,20	1,10	230,00	1,00	3 553,00	97	3 446,41
089038709	31/05/2022	CS		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