

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 canaux, 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 canaux.

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11558 Société : ANS 225

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKBIL ZAINA

Date de naissance : 15/08/97

Adresse :

Tél : 0661143402 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي talaɣt talaɣt CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610 2 06 : REF
	Référence structurée : 220415462305967	Emis à Casablanca le : 26/04/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 131248645 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement	OUAZZANI TOUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034	
	Informations :		

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
OUAZZANI TOUHAMI AIDA										
103322509	17/02/2022	CS	MME BOUGHNAMA AMAL	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
103322509	17/02/2022	PHN	PHARMACIE CHARLES NICOLLE	79,90	79,90	1,00	1,00	79,90	00	0,00
103322509	17/02/2022	PH	PHARMACIE CHARLES NICOLLE	197,80	175,10	1,00	1,00	175,10	70	122,57
Total remboursé pour AIDA										227,57
Total général remboursé										227,57

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المستفراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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.

سبتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.


لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بـ مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : _____	تاريخ الاستلام : _____
تاريخ الإيداع : _____	تاريخ الدخول : _____

 <p>الضمان الاجتماعي HAQOBI FALCH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 - Réf.</p>	<p>REGANAM : 124030</p>
--	--	---	-------------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : OUAZZANI TOUHAMI N'HA MED الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 11311214814151 رقم التسجيل :

N° CIN : 181512112816 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☒ ابن

Adresse : 10, RUE ABDELHAK BEN HAFIDJ PAUTER CASABLANCA العنوان :

Montant des frais : _____ Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : _____ عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : OUAZZANI TOUHAMI N'HA MED الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 181512112816 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 11311214814151 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى **

INP: 091036160

Médecin traitant الدكتورة أمل بوجنام Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Dr. Amal BOUGHNAMA SOIATRE ALLERGOLOGUE

My. Idriss 1er Cas 091036160

Type de soins * نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant أشهد بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : 17 FEV. 2022 ب : 17

Le : 17 في : 17

Signature de l'assuré(e) توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Amal BOUGHNAMA Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

SOIATRE ALLERGOLOGUE

My. Idriss 1er Cas

091036160

091036160

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض الحساسية والربو

الطب المثيل

Casablanca, le17.02.2022.....

Enfant OUZZANI TOUHAMI Aida

Poids : 45,00 Kg

Age : 12 ans 9 mois

134.60

1 TETRAXIM

Sarof-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Tetraxim inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH



40,50

2 TARDYFERON 80 mg cp enr : B/30

Puis 1 gélule 1 jour sur 2 pdt 1 mois

102.60

3 AERIUS 5 mg cp pellic : B/30

1 comprimé le soir et au coucher, pendant 2 mois.

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

277.70

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PÉDIATRE - ALLERGologue
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casa
Tél : 05 22 860 259 / 06 61 265 599

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

120 شارع مولاي إدريس الأول - الهاتف - عيادة : 0522.860.259/60 : محمول : 0661.265.599 - الدار البيضاء
120 Bd. Moulay Idriss 1^{er} - Tél: C. : 0522 860 259/60 - Gsm: 0661 265 599 - CASABLANCA