

RÉCOMMANDATIONS 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.

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° W21-716548

120410

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société : EX RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MDAGHAI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732 Total des frais engagés : 1000,54 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) :

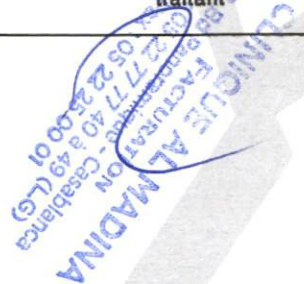
VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق
ذكره

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
07/05/2022	chimiothérapie		1000,54		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع 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

F A C T U R E

N° : 3898 / 2022 du 09/05/2022

CHIMIOThERAPIE

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée 07/05/2022

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie 08/05/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHIMIOThERAPIE	2,00	FORFAIT	1 000,00	2 000,00
			<i>Sous-Total</i>	2 000,00
PHARMACIE	1,00	PH	18 010,71	18 010,71
			<i>Sous-Total</i>	18 010,71
Total Clinique				20 010,71

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT MILLE DIX DIRHAMS SOIXANTE ET ONZE CENTIMES

Total 20 010,71

Immatriculation : 110982735 Adhérent : REDOUANE ABDELMAJID

Affiliation : N° prise en charge 998397092

Cin :

Part organisme 19 010,17

Part patient 1 000,54

CLINIQUE AL MADINA
 FACTURATION
 532, Bd Panoramique Casablanca
 Tél.: 05 22 77 7440 à 49 (LG)
 Fax: 05 22 25 00 01

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **3898** / **2022** du **09/05/2022**

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée **07/05/2022**

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie **08/05/2022**

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

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**

PAYÉ PAR CHEQUE
N°: **2888130**
SUR: **CIH**
Montant: **1 000,54**
LE: **06/05/2022**

CLINIQUE AL MADINA
Faculté de Médecine
532, Bd Mohammed VI - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01



Casablanca, le 27/04/2022 في الدار البيضاء،

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE ALMADINA
532 BD PANORAMIQUE
MANSARD QUART.PALMIERS
20100 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 110982735

Nom et prénom de l'assuré : REDOUANE ABDLAMJID
R4929

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998397092 , reçu le 26/04/2022, nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998397092 والذي وافيتمونا به بتاريخ 26/04/2022 نطلعكم على موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

REDOUANE ABDLAMJID
090006784
22735,03Dhs
du 06/05/2022 au 05/06/2022

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.

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

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

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

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

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة على التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: COMPTE RENDU D HOSPITALISATIO
S/R: DETAIL PHARMACIE SR LMR
S/R:
S/R:

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée :

Emis à Casablanca le : 0000

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

REDOUANE ABDLAMJID
LOT IRAKIA RES IRAKIA APT 1 2EM ETAGE
007 2610

N° d'immatriculation : 110982735
Règlement du mois : 06/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لفائدكم

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنير 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
REDOUANE ABDLAMJID										
-	07/05/2022	-	CLINIQUE ALMADINA	2 000,00	-	-	-	-	-	1 900,00
-	07/05/2022	-	CLINIQUE ALMADINA	18 010,71	-	-	-	-	-	17 110,17

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان