

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 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

- 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° W21-716548

32410

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0008392

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL MDAGHARI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661009732

Société :

Autre :

EL MDAGHARI Najat

Autres

Optique

Ex RAM

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



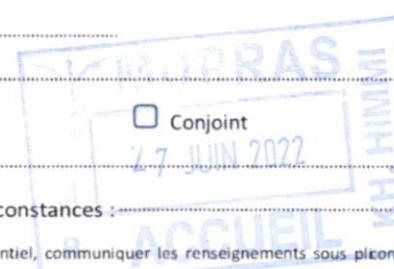
Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :



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

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.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: ٢٠٢١٠٦٠١٠١٠١٠١٠١٠١٠١٠١

تاريخ الاستلام: ٢٠٢١٠٦٠١٠١٠١٠١٠١٠١٠١٠١

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 الشرطي 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. ANAM - 610-1-02

Ref. ANAM : 120101

خاص بالمؤمن له (الها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ١٦٥٤٧١٨٥١٤

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) *

Conjoint نوج

Enfant ابن

Adresse :

العنوان :

١٠٠٥٤ درهم Dhs

مبلغ المصاري :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

Redouane Abdel MAJID

تاريخ الإيداع :

٢٠٢١٠٦٠١٠١٠١

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري **

الجنس :

ذكر ابنتي

٥٩٥٥٥٦٧٨٤

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات :

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة حادثة Maiadie مرض

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

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه

ب:

Le : ٢٠٢١٠٦٠١٠١٠١٠١

في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

ب:

Le : ٢٠٢١٠٦٠١٠١٠١٠١

في :

أصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

الملحق

ب:

Le : ٢٠٢١٠٦٠١٠١٠١٠١

في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

أشطب الخانة المناسبة

* 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - 2186 - الهاتف: 080 203 3333

CNSS_Place de DAKAR _ Casablanca BP: 2486 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

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
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

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 المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	
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	Part organisme 19 010,17
Affiliation : N° prise en charge 998397092		Part patient 1 000,54
Cin : 		

CLINIQUE AL MADINA
 Facturation
 532 Bd Panoramique Casablanca
 Tel.: 05 22 77 40 349 (16)
 Fax: 05 22 25 00 07

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

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i> 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**



CLINIQUE AL MADINA
 532 Bd Pasteur - Casablanca
 Tél: 05 27 77 40 3 49 (L.G)
 Fax: 05 22 25 00 01

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

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CNSS

998397092

AMO

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,

سيدي، سيدتي

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

جواباً على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998397092 والذى وافقنا 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 ترافق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدي 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقاً للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون

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

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.

ونفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة التمهيدية و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: COMPTE RENDU D HOSPITALISATION

S/R: DETAIL PHARMACIE SR LMR

S/R:

S/R:

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 :

Emis à Casablanca le : 00/00/00

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 لفائضكم

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المسترد Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعدل Coeff.	الكمية Quantité	أساس الترخيص Base de remboursement	نسبة الترخيص Taux de remboursement %	مبلغ التمويل 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