

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

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

M22- 0009418

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10597

Actif

Pensionné(e)

Société : NAOURI ABDELMEJID

Nom & Prénom : NAOURI ABDELMEJID

Date de naissance : 04/05/1953

Adresse : 48, RUE LA GARE LOT LAATTIRI BERRECHID

Tél. : 0678519383 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 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.

Instructions à suivre

Préparer 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.

Signature et empreinte de l'agent

Cachet et signature de l'Agence

Signature et empreinte de l'agent

Réserve à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

Date d'arrivée : _____

06.61.335124

 الجهاز الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة *	تنفيذ *	مرجع رقم . 610-1-02
Entente préalable *	Exécution *	Réf. NAM.12.010

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

SAOUDI ASMAA

الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation :

1499318571101

رقم التسجيل :

N° CIN :

181E1514619

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ناج

Enfant ابن

Adresse :

18 RUE LA GARE LOT LAAMIRI BERRECHID

العنوان :

Montant des frais :

622,10 Dhs

مبلغ المصاريق :

04

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN:

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر

الجنس :

F أنثى

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفهر **

Médecin traitant

طبيب المعالج

Type de soins*

نوع العلاجات

Hospitalisation

Assistante

Maternité

أمومة

Accident

حادثة

Maladie

مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

العلومات المذكورة أعلاه

Fait à : _____

Le : _____ في : _____

Signature de l'assuré(e)

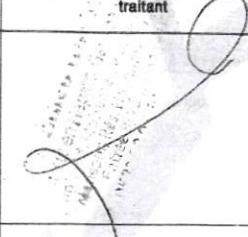
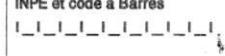
Signature de l'assuré(e)

نحوه المؤمن له

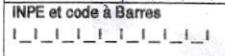
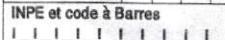
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

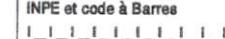
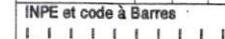
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

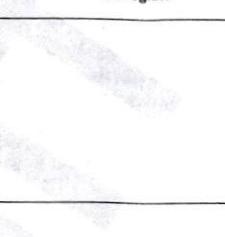
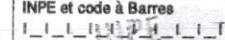
Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
21/05/2022		CS	300 DH		
INPE et code à Barres 					
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 المفوت 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 الأحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres 						
INPE et code à Barres 						

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو مهندس التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
21.05.22	322.10	
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

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A ... Benichid Le 21/05/2022

Titre Saoudi Arabe

72360

1) Irexium 40 mg.



1 gel x 2/j 20 min avant repas pdt 07j

70900 matin et soir



2) Antigas stick

8950 1 stick x 3/j



3) Neobilene sirop

1 cas x 2/j

232210





220017

Lot:
A consommer
avant le:
PPC: 89,50 DH

02/2026

A large black rectangular label with a white rectangular area containing a barcode. Below the barcode is the number '8 051128 631975'.

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 : 220617581682883

Emis à Casablanca le : 20/06/2022

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

SAOUDI ASMAA
48 RUE MAHATA LOT LAAMIRI BERRECHID
BERRECHID 2610

N° d'immatriculation : 199385710

Règlement du mois : 06/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
SAOUDI ASMAA										
103312774	21/05/2022	CS	MME HASSINI ZINEB	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
103312774	21/05/2022	PHN	PHARMACIE 2000	322,10	122,80	1,00	1,00	122,80	00	0,00
Total remboursé pour ASMAA										105,00
Total général remboursé										105,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان