

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

- 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.

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° W21-714670

124136

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société : En RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMDAGHARI Najat
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 066409732 Total des frais engagés : 1000,54 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

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) :

E. L.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورفقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المستثناة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

تسببتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية
الموجودة.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة
المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 و كل ما سبق
ذكره.

 الشعار الوطني ROYAUME CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">* موافقة مسبقة *</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">* تنفيذ *</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entente préalable *</td> <td style="text-align: center;">Exécution *</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *	Entente préalable *	Exécution *	مرجع رقم 610-1-02
* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *					
Entente préalable *	Exécution *					

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : REDOUANE Abdelmajid الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 110988735 رقم التسجيل :

N° CIN : B657854 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 : عنوان :

Dhs درهم

Montant des frais : مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant صحيح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins مستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Redouane Abdelmajid الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 11/11/1988 تاريخ الازدياد :

N° CIN : 110988735 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : ☒ M ذكر ☐ F أنثى الجنس* :

INPE et code à barres ** رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

090006784

Médecin traitant طبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

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.
Fait à : Casa
Le : 26 03 2018

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casa
Le : 26 03 2018

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- * Cocher la mention utile pour chaque case

الصندوق الوطني للصحة الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء من ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 203 3333
CNS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone 080 203 3333

1,54

CLINIQUE ALMA
532 Bd Penaromique - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (L6)
Fax: 05 22 25 00 01

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **2553** / 2022 du 28/03/2022

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée **26/03/2022**

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie **27/03/2022**

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

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 EN ESPÈCES
Le: 26/03/2020....

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Penon - Casablanca
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (L-G)
Fax: 05 22 25 00 01

F A C T U R E

N° : 2553 / 2022 du 28/03/2022

DUPLICATA
CHIMIOThERAPIE

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée 26/03/2022

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie 27/03/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE	1,00	PH	18 010,71	18 010,71
CHIMIOThERAPIE	2,00	FORFAIT	1 000,00	2 000,00
			<i>Sous-Total</i>	20 010,71
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 : *Adhérent :*
Affiliation : *N° prise en charge :*
Cin :

Part organisme 19 010,17
Part patient 1 000,54


CLINIQUE AL MADINA
 12, Bd P. Moramique - Casablanca
 Tel.: 05 22 77 77 40 & 43 (LG)
 Fax: 05 22 25 00 01



Casablanca, le 21/03/2022 في الدار البيضاء، في

CNSS

998371002

AMO



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
R4776

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998371002 , reçu le 19/03/2022, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998371002
والذي وافقتمونا به بتاريخ 19/03/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

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

REDOUANE ABDLAMJID
090006784
18992,31Dhs
du 26/03/2022 au 25/04/2022

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
الأجال 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 والتحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRH
S/R: DETAIL PHARMACIE SR LMR
S/R: DETAIL PHARM SR PHM/PROSPECTU
S/R: