

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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 129683  Autres

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01.01.58 CASABLANCA

Adresse : R. Samaka, angle Rue I. B. N. S. SALAKIS, N° 130

Boulevard Bourgogne Casab

Tél. : 06.05.30.43.20 Total des frais engagés : 587.80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Cézayir

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 : CASA

Le : 15.09.22

Signature de l'adhérent(e) : W.S.



## 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 un 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 un 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 و طلب الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : ..... تاريخ الإيداع : ..... Date de dépôt du dossier : .....	تاريخ الإيداع : ..... Date d'arrivée : ..... تاريخ الإسلام : .....

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهر من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المتصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعريف.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مسحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-03 مرجع رقم : 610-1-03

N° Dossier :

## Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : .....  
رقم التسجيل : .....

N° Immatriculation : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : .....  
العنوان : .....  
مبلغ المصاريض : ..... درهم

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes : ..... 4 .....

## Déclaration du Médecin traitant

### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : .....  
.....

Date de naissance : .....  
.....

N° CIN : .....  
.....

Sexe \* : .....  
M  ذكر  F انش

INPE et code à barres : .....  
.....

Médecin traitant .....  
الصيّب المعالج

Etablissement de soins .....  
المؤسسة العالجية

## Type de soins

Admission ALD \* : .....  
Oui  Non

N° dossier ALD : .....  
.....

Code ALD : .....  
Maladie \*  مرض \* .....  
.....

Hospitalisation\*  استشفاء\*

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

Fait à : .....  
Le : .....  
.....

أشهد بصحّة كل ما ذكر أعلاه

.....

Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables

Fait à : .....  
Le : .....  
.....

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

\* تطبيق الخطأ المسمى

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que les codes à barres.

.....

.....

.....

.....



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Référence structurée : 220820105707528

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille      تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 159689128  
Règlement du mois : 08/2022  
Mode de paiement : Virement

KSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف 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
KSAR MOHAMED										
090963432	16/06/2022	CS	MME ZAKI MONA	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
090963432	16/06/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	519,20	384,20	1,00	1,00	384,20	70	268,94
090963431	30/06/2022	CNP	HOPITAL IBN ROCHD	60,00	100,00	1,00	1,00	100,00	90	54,00
090963431	30/06/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	527,80	420,00	1,00	1,00	420,00	70	294,00
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>721,94</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>721,94</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

ordnance

Le 80/06/11

Mr. Ksar Ned

64,60

1) Teralithe 250



233544

02 - 0 - 01

239,00

2) Lamictal 100



233544

1 - 1/2 - 1

57,30 x 2

3) Novin 100



233544

0 - 0 - 1

29,50 x 2

4) Temesta 250



233544

0 - 0 - 1 + 1/2

23,80 x 2

5) Largactil 100



1 an  
~ bendin

PHARMACEUTICAL  
Mme D. H. H.  
100, Bd Med El Mouta  
Casablanca

444 de 15

Dr. ALAMI MEJ. B. M.  
Psychiatre  
DHU Ibn Rochd - Casablanca

15/06/11  
Mr Yassine

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebaï Casablanca  
Teratilhe 250 mg. B100 cp  
P.P.V : 67,60 DH  
6 116 00 060895

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 239,00 DH  
6 1048962  
6 118001 140800

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30  
6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30  
6 118000 060482

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 29DH50  
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 29DH50  
6 118000 011576

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Largactil 100mg cp  
pell b30  
P.P.V : 23,80 DH  
6 118000 012375

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Largactil 100mg cp  
pell b30  
P.P.V : 23,80 DH  
6 118000 012375

IBHO  
Casablanca

## FEUILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade :  
N° d'admission :

Service :

Résultat d'Examen

Renseignements Cliniques

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 29 94 83