

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

148546

Déclaration de Maladie : N° P19-0005728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4296 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

Adresse :

Tél. : 066110332

Date de naissance :

16-08-51

Dhs

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 06/02/03

Signature de l'adhérent[e] :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO	 مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :
	Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023	أصدر ب : بتاريخ :
		Page 1 / 1
		المنحة المرسل إليه
Nº d'immatriculation 175684128 Règlements de la période du : 29/11/2022 : من au : 29/11/2022 : إلى		Destinataire BELBEKRI TOURIA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم العلف	تاريخ العلاج	العنليت	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BELBEKRI TOURIA											
81966072	24/11/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	780,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	29/11/2022	546,00
81966072	24/11/2022	C		200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	29/11/2022	56,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
 merci de visiter notre site Web
 ou le portail des assurés
 ou l'application mobile
 ou appeler notre serveur vocal au numéro
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Docteur SADIK Fouzia
Médecine Générale
Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية
الطب العام
الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا) ،
الطابق الأول - بوسيجور
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.36.58.91

Casablanca, le : 18 JAN 2020 الدار البيضاء ، في :

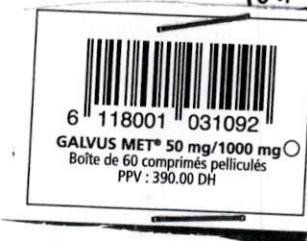
1^{me} BELBKRI Tunisia

390.00 x 2
Galvus Met 50/1000mg
1cp 2fl

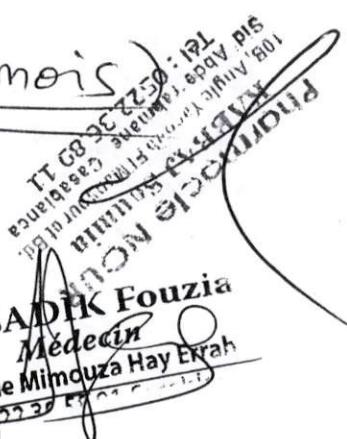


(Off de 03 mois)

780.00



Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Erak



Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP	الىبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
18 JAN 2023	14	01	200,00	Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Errahba Tel: 052236591 Casablanca
INPE et code à Barres				1091122440
INPE et code à Barres				1111111111

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	الىبلغ المفوت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres				1111111111	
INPE et code à Barres				1111111111	

وصف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NABM	الىبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة والصوري Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				1111111111
INPE et code à Barres				1111111111

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعروفة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الاشتمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو التجهيز الطبي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18-01-2023	780,00	Pharmacie NOUR KABBAJ Soumia 105, Avenue Yacoub El Mansour et Bd. Sid Abderrahmane - Casablanca Tel: 0522368911
INPE et code à Barres		092045368
INPE et code à Barres		1111111111

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.

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 الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاشتراكية 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 المصرفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

l'agent :

نارخ الإيداع: ٢٠٢٣-١١-١١

Date d'arrivée: ٢٠٢٣-١١-١١

نارخ الاستلام: ٢٠٢٣-١١-١١

0664445032

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



* موافقة مسبقة *

* تنفيذ *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM - 610-1-02

Ref. ANAM - 1.2.01

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعرفة الوطنية : ١٧٦٤٤٥٥٣٢

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

ABDEKRI Tawia

N° Immatriculation :

176445032

N° CIN :

B4111911

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

Conjoint

Dog

Enfant

ابن

Adresse :

99 Rue des Rosiers Hay ERRAWA Ouzia

Montant des frais : درهم ٩٨٠,٥٠ Dhs

Nombre de pièces jointes : ٠١

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire des soins

Nom et prénom : Dr. BELBEKRI Tawia

Date de naissance :

N° CIN : B4111911

Sexe :

M

F

ذكر

أنثى

INPE et code à barres :

1591122440	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------	--

Type de soins*

Hospitalisation Maternité نومه Accident حادثة Maladie مرض

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

Fait à : Le : ٢٠٢٣-١١-١١

Signature de l'assuré(e)

أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Le : ٢٠٢٣-١١-١١

Signature de l'assuré(e)

لصح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

بـ: في :

Gaby

Dr. S. DAKAR

Ouzia

نوع وطابع الطبيب المعالج

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

104, Rue Mimenza Hay Er Rawa

Casablanca

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١

٢٠٢٣-١١-١١