

# 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 à caractère personnel.

161274

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11361

Société :

Optique

A

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Zoubir Zines

Date de naissance :

09 06 78

Adresse :

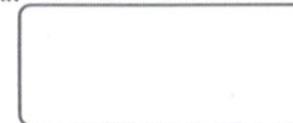
Tél. :

0661111757

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

SITARY SAID

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Enfan

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

**MUPRAS**

19 MAI 2023

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASO

Le : 19/05/23

Signature de l'adhérent(e) :



lir une feuille de soins par personne et par  
ement.

euille de soins doit être accompagnée de s les pièces justificatives originales nances médicales, factures, ...).

nom et prénom de la personne soignée  
peut être portés par les praticiens eux mêmes  
chaque feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des emballages achetés.

feuille de soins ainsi que les pièces catives doivent être présentées à la CNSS les deux mois qui suivent le premier acte mal, sauf s'il y a traitement médical continu. ce dernier cas, le dossier doit être présenté les soixante (60) jours qui suivent la fin du mal.

emboursement des frais engagés sera lié sur la base de la tarification nationale de place.

nes prestations ne peuvent donner lieu au urrestement que suite à accord préalable. e de ces dernières est disponible auprès de réseau CNSS.

sques liés aux accidents du travail et les professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse  
tition pour obtenir des prestations qui ne  
sont pas dues, est possible des sanctions légales  
et pénitentiaires.

ation de remboursement prise par la  
est subordonnée au respect des conditions  
entaires et de ce qui précède.

### علیمات پجب اتباعها

تقديمه 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.

بجحب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية  
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 المضروفة على أساس التعريفة الوطنية  
للمراجعة.

موافقه بطلب رهينا بطل الخدمات بعض عویض

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

## الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للنوعين.

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

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

#### Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

### Description des actes effectués

### وصف العمليات المجرأة

بيانات الإحياء، الأشعة والصور

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
03/03/23	323	CS	ct	Signature et cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres
093002301				INPE et code à Barres

CIM-10

### Actes Paramédicaux

### عمليات المساعدين الطبيين

الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

### Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات  
الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/  
Fournisseurs des dispositifs médicaux

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	INPE et code à Barres
093002301				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



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 : 610-2-06

	Emis à : Le : nmatriculation ients de la période du : 22/03/2023 au : 22/03/2023	CASABLANCA 24/03/2023 رقم التسجيل أداءات الفترة : من : إلى	أصدر ب : بتاريخ : Destinataire SITARY SAID	Page 1 / 1 الصفحة المرسل إليه
--	---	---	---	-------------------------------------

ez trouver ci-dessous une récapitulation des tions AMO dont vous avez bénéficié au de la le précitée.

تجدون أدناه محمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

ier	Tarif de soins	Actes	Méthode de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
	04/03/2023	CG	UROLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/03/2023	0,00
	04/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES UROLOGIE	282,50	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	22/03/2023	197,75
	02/03/2023	CG	LABORATOIRES D ANALYSES	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/03/2023	0,00
	02/03/2023	B		252,00	242,00	220,00	1,00	242,00	70,00	22/03/2023	169,40
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية  
Ordonnance

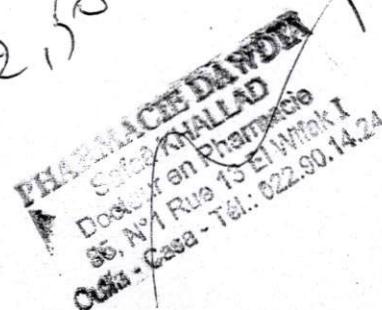
Casablanca, le :

4/3/2023

Sitarey Seid

M70,00  
971,90 1 (Of. ke - 200 mg  
1 CPX21 JDT 10

74,60 2 Doliprane 1 g  
282,50 1 CPX31 J.S. Darwany



PT. RAOUH Gen  
Droguerie-Pharmacie  
7705

R

