

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.

✓

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM 168617

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANOUIAR

Date de naissance : 16-8-56

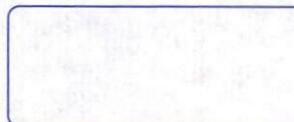
Adresse : PP Bens D'Assas Hay ERENAT

Tél. : 0664495832

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Unimême

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 : 08/07/18

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



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.

Signature et empreinte

Cachet et signature de l'Agence

Signature et empreinte
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢٣-٠٦-١٥

Signature de l'agent : ٢٠٢٣-٠٦-١٥
Date d'arrivée : ٢٠٢٣-٠٦-١٥

Instructions à suivre

Présenter 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

Présenter 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.

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة*: Entente préalable تنفيذ*: Exécution*	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM: 1.20.01 مرجع رقم: 610-1-02
--	---	---

خاص بالمسؤل عن لها (هـ)
 الاسم العائلي والشخصي: BELBEKKI TOURIA
 رقم التسجيل: ١٧٥٦٨٤١٢٨١
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: B_411191

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (هـ)
 العلاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (هـ)

N° Dossier :
 Nom et prénom : BELBEKKI TOURIA
 N° Immatriculation : ١٧٥٦٨٤١٢٨١
 N° CIN : B_411191

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
 Conjoint زوج ابن
 Adresse : ٩٩ Rue 8 Roses Hay Erraha Casablanca

Montant des frais : درهم Dhs. مبلغ المصروف:

Nombre de pièces jointes : ٠١ عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant
 المستفيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins : Nom et prénom : BELBEKKI TOURIA
 Date de naissance : ١٥-٠٥-١٩٥٦

N° CIN : B_411191 رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس: DMD

INPE et code à Barres**
 رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق:

Médecin traitant INPE : 09122440 Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation إستشفاء Maternité نوبة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à: Le: ٢٠٢٣-٠٦-١٥ ب: ٢٠٢٣-٠٦-١٥ في: ٢٠٢٣-٠٦-١٥
 في: ٢٠٢٣-٠٦-١٥
 Signature de l'assuré(e)

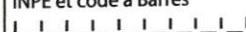
Fait à: Le: ٢٠٢٣-٠٦-١٥ ب: ٢٠٢٣-٠٦-١٥ في: ٢٠٢٣-٠٦-١٥
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

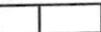
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins Médecin

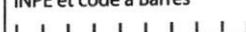
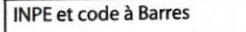
104, Rue Mimouza Hay Erraha
 Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

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

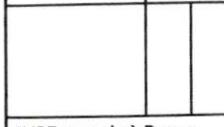
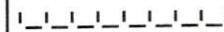
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

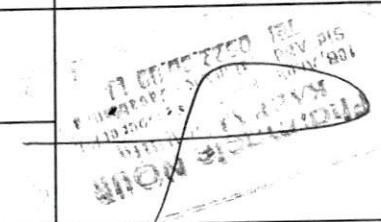
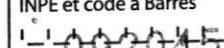
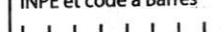
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
26 Juil 2023	1C1	01	800,00	
INPE et code à Barres 				
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 الإحياء، 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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
						
INPE et code à Barres 						
INPE et code à Barres 						

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé		
04/07/23	780,00		
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

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 6

04 JUIL 2023

الدار البيضاء، في :

BELBEKKI Tonka

- Galvus Met 50/1000mg

390,00
X2
780,00

50x50
50

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay El Yaha
Tél: 05.22.36.58.91 Casablanca



N° d'immatriculation

175684128

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Règlements de la période

du : 11/07/2023
au : 11/07/2023من
إلى

L'ESPACE MÉDECINE

BELBEKRI TOURIA

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

تحبون أننا نحمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استحقتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنوان	مهنة المصحف	مبلغ المصروف	التغطية الموجهة	المعدل	الكمية	للس تعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإذاء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour -sement	Taux de rembours ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BELBEKRI TOURIA											
115630694	04/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	780,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	11/07/2023	546,00
115630694	04/07/2023	C		200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	11/07/2023	56,00
Total remboursé					مجموع مبلغ التعويض						602,00
Total général remboursé					مبلغ التعويض الاجمالي						602,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان