

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

- Réclamation : 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.

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

M23-003607

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : NV
 Nom & Prénom : ANOVAR
 Date de naissance : 15-8-56
 Adresse : 10 rue Hay ELKHA
 Tél : 066440182 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BELBAKKI TOUBIA Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ 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 : 15/7/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنمسة لكل مرض ولكل 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 ائشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا 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 تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

 <p>الضمان الاجتماعي Fonds National de Sécurité Sociale CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	Feuille de Soins Maladie		مرجع رقم 610-1-02
موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)	
الإسم العائلي والشخصي : BELBEKRI Tounia	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 17168428	رقم التسجيل :
N° CIN : B-411191	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 99 rue 8 roses Hay ERRAHA Cas	
Montant des frais : Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 01	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج	
المستفيد من العلاجات	
Bénéficiaire de soins : BELBEKRI Tounia	
Nom et prénom :	
Date de naissance : 15-05-1956	
N° CIN : B-411191	
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
INPE et code à Barres	
الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر	

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Type de soins

Hospitalisation ☐ إستشفاء

Maternité ☐ أمومة

Accident ☐ حادثة

Maladie ☒ مرض

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

Fait à : 05.07.2024

Le : 05.07.2024

Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 04 JUL 2024

Le : 04 JUL 2024

Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

Dr. SAPIK Tounia

104, Rue Mimouza Hay Erraha

Tel: 05 22 36 58 91 Casablanca

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	Date d'arrivée : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1
تاريخ الإيداع : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	تاريخ الاستلام : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1

وصف العمليات المجراة				Description des actes effectués	
تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	المبلغ المفوتر	توقيع وطابع الطبيب المعالج	تاريخ العمليات
Date des actes	Code des actes	Lettre clè+ cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du Médecin traitant	Date des actes
24 JUL 2023	1 C1	01	200,00	Dr. SADIK FOUZIA Médecin 106, Rue Mohammed VI Hay Efraha Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca	
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres	
08111214440					
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres	
11111111111					

CIM - 10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicaux	
تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	عدد العمليات	المبلغ المفوتر	توقيع وطابع المساعد الطبي	تاريخ العمليات
Date des actes	Code des actes	Lettre clè+ cotation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical	Date des actes
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres		
11111111111						
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres		
11111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور				Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie	
توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي	المبلغ المفوتر	معامل العمليات	رمز العمليات	تاريخ العمليات	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	Montant facturé	Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	Code des actes	Date des actes	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres	
11111111111					
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres	
11111111111					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	التمن المفوتر	تاريخ التنفيذ	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	تاريخ التنفيذ
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix facturé	Date d'exécution	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Date d'exécution
	78900	04/07/23		
INPE et code à Barres		INPE et code à Barres		
092045368		11111111111		
INPE et code à Barres		INPE et code à Barres		
11111111111				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
طبيعة الخدمة	السعر الوحدائي	الكمية	السعر الكلي
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 04

JUIL 2023

الدار البيضاء، في :

BELBEKRI Tounia

- Galvus Met 50/1000mg

390,00
x2

50/1000mg

780,00

Dr. SADIK Fouzia
Médecin

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



N° d'immatriculation 175684128

رقم التسجيل
أدوات الفترة

BELBEKRI TOURIA

Règlements de la période

du : 11/07/2023

من

au : 11/07/2023

إلى

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 استقنتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض	أسس التعويض	الكمية	المعامل	التعريف المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنو لصحة	العمليات	تاريخ العلاج	رقم الملف
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de remboursement %	Base de remboursement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Numéro de dossier
546,00	11/07/2023	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	780,00	PHARMACIES D	PH	04/07/2023	115630694
56,00	11/07/2023	70,00	80,00	1,00	1,00	80,00	200,00	OFFICINES MEDECINE GENERALE	C	04/07/2023	115630694
602,00	Total remboursé										
602,00	Total général remboursé										

مجموع مبلغ التعويض

مبلغ التعويض الاجمالي

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ لو نسيان