

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09221 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : 168582

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/03/1956

Adresse : RES. RAM RTE ELJADIDA ne 233 CASA

Tél. : 0661 202314 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKNOUSSI NEZHA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

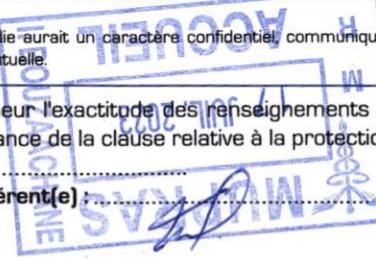
Nature de la maladie : Voir dossier CNSS Ci-joint

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 : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



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 Cachet de l'Agence	Signature et Cachet de l'Agence
---------------------------------	---------------------------------

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تعليمات يجب إتباعها
تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 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 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 تصریح كانب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Signature et Cachet de l'Agence	Signature et Cachet de l'Agence
---------------------------------	---------------------------------

Date d'arrivée : تاريخ الاستلام : 080 203 3333

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	مديرية التأمين الصحي الإجباري
Feuille de Soins Maladie		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Entente préalable	تفقید	Réf. - 610-1-02
		مراجع رقم : 06 78 919337
		Ref. ANAM : 12.01.01

خاص بالمؤمن له (لها) :
الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

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

العنوان :
Adresse : RES RAM RUE EL THOUDIA n° 233 CASABLANCA

مبلغ المصاري :
Montant des frais : 238.60 درهم

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق

INPE et code à Barres	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
-----------------------	--

Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : CASABLANCA Le : 12/12/2016 Signature de l'assuré(e)	أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et exactes. Fait à : DR. CHAOUI SALAH EDDINE Le : 12/12/2016 Signature de l'assuré(e)
---	---	---

** Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé des établissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - بناية داكار - الدار البيضاء من - ب - 2186 - 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 travaillant	
٢٩.٥.٢٠٢٣					 Dr. CHAUUI Salih Eddine EX. AV. B) Hay Al Mass Casablanca Tunisia
INPE et code à Barres ١٥٩١٤٥٣٧٤٨					
INPE et code à Barres ١١١١١١١١١١					

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 المغوث 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					العمليات الإحيائية. الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	
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 مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 09/06/2023	أصدر ب : بتاريخ : Destinataire GARNOUSSI NEZHA	Page 1 /1 الصفحة المرسل إليه
N° d'immatriculation 166313166 رقم التسجيل Règlements de la période du : 09/06/2023 au : 09/06/2023 أداءات الفترة من : 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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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
GARNOUSSI NEZHA											
130525075	29/05/2023	CG	MEDECINE GENERALE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	09/06/2023	0,00
130525075	29/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	232,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	09/06/2023	137,06
Total remboursé											
137,06											
Total général remboursé											
137,06											

- 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	المزيد 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 CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حاصل على شهادة الفحص بالصدى

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبرير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 29.05.2003 الدار البيضاء، في

GARNOUSSI NEZHA

9 x 116,30

OROKEN

5.V

28/05/03

W.N

232.60

Dr. CHAOUI Salah Eddine
444, Av Mokhtar Soussi
(Ex Av B) Hay Al Masjid
Casablanca
Tel. 0522 28 16 56

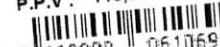
Pharmacie PHILIP MOROSAS
Hind AIT HMIN
Docteur en Pharmacie
Km. Route de l'Amazigh
CASABLANCA
Tél. 0522 28 16 56

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp. pel b 8
P.P.V : 116,30 DH



6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp. pel b 8
P.P.V : 116,30 DH



6 118000 061069

447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid
Casablanca - Tél : 0522 28 16 56
الهاتف: