

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

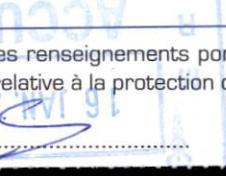
Optique

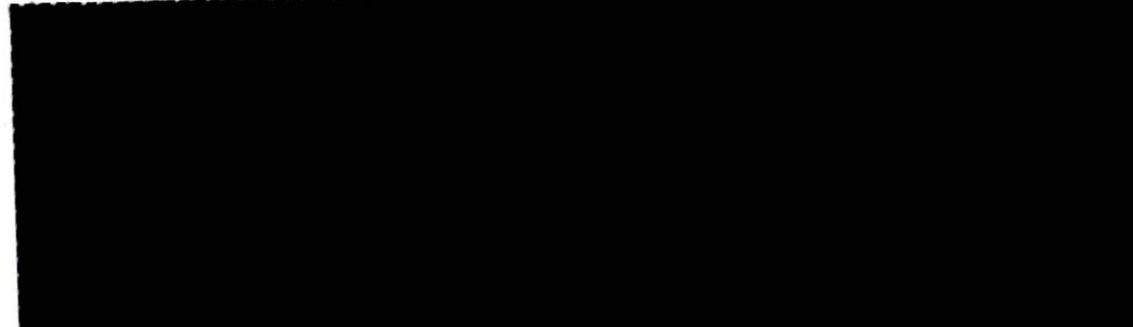
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 5183	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SHAMSI Fatima		
Date de naissance : 01-01-58		
Adresse : R. Smaa, angle R. ISN, KALAKO, 130 Bd. Bougourzi Casab.		
Tél. : 065904320	Total des frais engagés :	498,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Qui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : **CASAB** **16/01/24** Le : **16/01/24**
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 un 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 un 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.

تَعْلِيمَاتٌ يُحِبُّ إِتْبَاعَهَا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

جـب إـرفـاق وـرـقة العـلاـجـات بـجـمـيع الوـثـائق الـضـرـوريـة
وـصـفـات طـبـيـة، فـوـاتـير . . .).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل وقة علاج.

موجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية
لمشتراط.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، مادعا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة؛
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المراجعة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب المواقفة المسقية.
لأنحة 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 کاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
؛ هي باختصار الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

أص بمعديريه التأمين الصحى الإجبارى

Réserve à la DAM

Identification de l'agent :

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire						
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تقييد * Exécution *	Ref. : 610-1-03 مراجع رقم 0605804320						
N° Dossier : 0605804320 خاص بالمؤمن له (ها)								
Partie réservée à l'assuré(e)								
Nom et prénom : K.S.A.R. Mohamed N° Immatriculation : 1615161512181 N° CIN : 16_99_105 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ا بن								
Adresse : R. Saïda, angle R. IBN-KALAKIS, 130 Bd. Bourguiba العنوان : Montant des frais : 645000 Dhs. مبلغ المصارييف : Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :								
Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins Nom et prénom : Ksar Mohamed Date de naissance : 1981-01-01 N° CIN : 16_99_105 Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى الجنس * :								
INPE et code à barres ** <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 20px;"> Médecin traitant الطبيب المعالج </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Etablissement de soins المؤسسة العلاجية </div> </div>								
Type de soins <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Admission ALD * : </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> N° dossier ALD : 16_99_105 </td> <td style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن : <input type="checkbox"/> رمز المرض المزمن : </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Code ALD : Maladie* : مرض * </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input checked="" type="checkbox"/> استشارة * : <input type="checkbox"/> توقيع و طبع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية </td> </tr> </table>			Admission ALD * :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° dossier ALD : 16_99_105	<input checked="" type="checkbox"/> قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن : <input type="checkbox"/> رمز المرض المزمن :	Code ALD : Maladie* : مرض *	<input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input checked="" type="checkbox"/> استشارة * : <input type="checkbox"/> توقيع و طبع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Admission ALD * :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
N° dossier ALD : 16_99_105	<input checked="" type="checkbox"/> قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن : <input type="checkbox"/> رمز المرض المزمن :							
Code ALD : Maladie* : مرض *	<input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input checked="" type="checkbox"/> استشارة * : <input type="checkbox"/> توقيع و طبع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية							
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous. Le : 25/07/2013 Fait à : 25/07/2013								
لتوقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)								
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables Le : 25/07/2013 Fait à : 25/07/2013								
لتوقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins								

* 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 8 chiffres suivant :
دار الرازي - مصحة داكار - النازار البيضاوي - 2186 - العنوان - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333
Maison de l'Assurance - Place de DAKAR - Casablanca B.P. - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Formation : Architecte
Reçu de M :
La somme de : 500

Quittance
Hôpital Ibn Rochd
N° 317106

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
psy	
Total	60

Le : 25-07-2023
Signature du
Régisseur et Cachet

وصف العمليات المجزأة

توقيع و طابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin traitant

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
psy	
Total	60

Le : 25-07-2023
Signature du
Régisseur et Cachet

توقيع و طابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin traitant

INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1
-----------------------	-----------------

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين					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 المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع 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 الاحياء، الأشعة، الصور

نَفْعٌ، طَالِبٌ طَالِبٌ، الْأَشْجَعُ أَنَّ الْأَ

توقيع و捺خة الطبيب المختص أو المختاري Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم المعملية Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _____	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres _____	_____	_____	_____	_____

جدول الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات

**Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Fournisseurs des dispositifs médicaux**

تاریخ التعبیہ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطبع الصيدلي او مuron التجهیزات المهنية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25/07/23	28300	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 111111111111 092012293	25-7-23 13520	PHARMACIE DE L'AVENIR 100, Bd M Bourgogne El Maknassi # 3 BLANCA TEL: 066 22 10 00

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

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

السلطة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

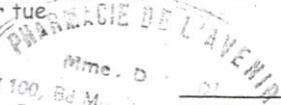


وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital sans Tabac

Fumer tue

368392



Casablanca, le : 25/07/2023

ORDONNANCE

Docteur :

Mr Ksar Tel 022.27.22.31
6460 x2
1 - Teralithe 100mg qd

239,00 01 - 00 - 02

2 - Imurthal 100mg qd

159,00 01 - 01 - 01 et 1/2

3 - Temesta 2,5mg qd

57,30 00 - 00 - 1/2

4 - Zolazin 100mg qd

00 - 00 - 01

MO 28-23

MO 28-23

MO 28-23

III de 4 mois

Voir Cs le 14/11/2023 a 9h00

28320

EL KAOUI Latifa
Psychiatrice
CHU Ibn Rochd Casablanca

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

TEMESTA 25MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
LOT : 28E001
PER : 04/2025
6 118000 011576

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30
LOT : 22E005
PER : 11/2027
6 118000 060482

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00/DH
LOT : 140800
PER : 04/2028
6 118001 140800

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30
LOT : 28E001
PER : 04/2028
6 118000 060482

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Aïn sebâ Casablanca
Terolith 250 mg. B100 cp
P.P.V : 67,60 DH
LOT : 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Aïn sebâ Casablanca
Terolith 250 mg. B100 cp
P.P.V : 67,60 DH
LOT : 118000 060895



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

صفحة 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	159689128	رقم التسجيل	Destinataire
Règlements de la période		أداءات الفترة	KSAR MOHAMED
du :	22/09/2023	من	
au :	22/09/2023	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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	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
KSAR MOHAMED											
114698973	25/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICES CHU (Centre Hospitalier Universitaire)	418,30	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	22/09/2023	292,81
114698973	25/07/2023	CNP		60,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70,00	22/09/2023	42,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
334,81											

- Sauf erreur ou omission

ـ 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

للمرصد 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