

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

- 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 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- N° 0040085

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 623 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 191969
Nom & Prénom : Bennani Meftaha
Date de naissance : 01.01.1948
Adresse : 2, rue Ain Lalla Haya C.I.L Casablanca
Tél. : 0662552639 Total des frais engagés : 953 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير،...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإلزامية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عناية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساوير القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم: 610-1-02</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :

رقم التسجيل : N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * :

ابن ☐ Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : Adresse :

مبلغ المصاريف : Dhs Montant des frais :

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج : Déclaration du médecin traitant :

المستفيد من العلاجات : Bénéficiaire de soins :

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :

تاريخ الميلاد : Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

الجنس : * : Sexe * :

الرقم الوطني الاستدالي و الرقم الهشفي ** : INPE et code à barres ** :

الطبيب المعالج : Médecin traitant :

المؤسسة العلاجية : Etablissement de soins :

نوع العلاجات * : Type de soins * :

مرض ☐ Maladie ☐ حادثة ☐ Accident ☐ أمومة ☐ Maternité ☐ استشفاء ☐ Hospitalisation ☐

أصبح بمعدنية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

ب : Fait à : 28/08/2023

في : Le : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

توقيع المؤمن له : Signature de l'assuré(e)

أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

ب : Fait à : في : Le :

تاريخ الاستلام : Date d'arrivée :

تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier :

توقيع وطابع الوكالة : Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري : Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333


الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333

الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333


الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333

الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333

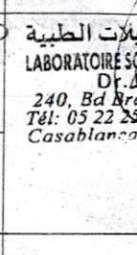
الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333 - الهاتف : 080 203 3333

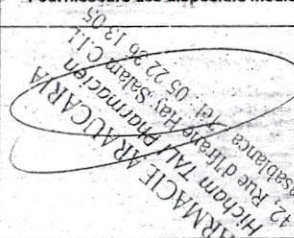
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
09/09/23	C3	300	300		
	U2	200	200		
			500		
INPE et code à Barres 010100091414					
INPE et code à Barres 010100091414					

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
INPE et code à Barres 010100091414						
INPE et code à Barres 010100091414						

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
09/09/23	B571.80-		720,00		
INPE et code à Barres 010100091414					
INPE et code à Barres 010100091414					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			Jرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
28/08/2023	45330			
INPE et code à Barres 010100091414				
INPE et code à Barres 010100091414				

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

دكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologie

28/08/2023

Madame BENNANI Meïtaha

11630 OROKEN 200 : 1 comp matin et soir avant repas x 4 jours

4000 ISOLONE 20 mg : 2 comp le matin après manger x 5 jours

ENTEROGERMINA : 1 dose midi et soir x 5 jours


IMODIUM/ 1 boîte : 2 comp par jour x 6 jours

28700 SYMBICORT 200 : 1 bouffée matin et soir x 1 mois

se rincer la bouche après chaque utilisation

45330

Pour les rendez-vous : tél. 06 66 79 59 81

 <p>الضمان الاجتماعي الجمهورية المغربية CNSS</p>	<p>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Relevé périodique des prestations AMO</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم</p>	
	<p>Emis à : CASABLANCA : أصدر ب : Le : 18/10/2023 : بتاريخ :</p>		<p>Page 1 / 1 الصفحة</p>	
<p>N° d'immatriculation 124436637 رقم التسجيل Règlements de la période : من : 17/10/2023 : إلى : 17/10/2023 : أداءات الفترة</p>		<p>Destinataire المرسل إليه BENNANI MEFTAHA</p>		

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 استقذتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنيت	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 rembour-sement	Taux de rembour-sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENNANI MEFTAHA											
130526574	07/09/2023	B	LABORATOIRES D	2129,00	1727,00	1570,00	1,00	1727,00	70,00	17/10/2023	1208,90
130526574	07/09/2023	R400	ANALYSES CARDIOLOGIE	1000,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	17/10/2023	455,00
130526574	07/09/2023	PH	PHARMACIES D	51,90	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	17/10/2023	36,33
130526574	07/09/2023	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	17/10/2023	175,00
130526575	28/08/2023	PH	PHARMACIES D	453,30	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	17/10/2023	28,00
130526575	28/08/2023	CS	OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	17/10/2023	105,00
130526575	28/08/2023	T205	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	17/10/2023	112,00
130526575	28/08/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	720,00	792,00	720,00	1,00	792,00	70,00	17/10/2023	504,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											2624,23
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											2624,23

- 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

للمزيد 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