

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

- 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 : 7780 Société : MUPRAS 194963

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANA Dene veue ESSBAH Nahla

Date de naissance : 13/05/1970

Adresse : Skelliat lot 81 me 07 case H+

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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) :



Instructions à suivre

tablir une feuille de soins par personne et par vénement. 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.

a 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 aux 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 possible des sanctions légales et réglementaires.

l'obligation de remboursement prise par la
INSS est subordonnée au respect des conditions
églementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

علميات بحث اتباعها

جـب إرـفـاق ورـقـة العـلـاجـات بـجـمـيع الوـثـانـق الـضـرـورـيـة صـفـات طـبـيـة، فـاتـيرـ، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف ممارسين على كل ورقة علاج.

جب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية
مشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ
العملية طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه
الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من
نهاية العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
بصفحة

تحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

لأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
فغير ثابتة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02
موافقة مسبقة * Entente préalable		تنفيذ * Exécution	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
الإسم العائلي والشخصي : <i>KANA MERIEM</i> رقم التسجيل : <i>110 794 049</i>			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <i>111 111 111 111</i>			
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> ابنة			
Adresse : _____ العنوان : _____			
Montant des frais : <i>602,60</i> Dhs. مبلغ المصارييف : *			
Nombre de pièces jointes : <i>06</i> عدد الوثائق المرفقة : *			
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins : _____ المستفيد من العلاجات : _____			
Nom et prénom : <i>KANA MERIEM</i> الإسم العائلي والشخصي : _____			
Date de naissance : <i>1/13/1970</i> تاریخ الازدياد : _____			
N° CIN : <i>111 111 111 111</i> رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____			
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى الجنس : *			
INPE et code à Barres <i>10 9419 242</i> الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر <i>111 111 111 111</i>			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins * نوع العلاجات *			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض			
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه renseignements portés ci-avant.			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : <i>ب</i> Le : <i>11/01/2024</i>		ب: <i>ب</i> في: <i>11/01/2024</i>	
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الوكيل عن المصحّة			
Signature de l'assuré(e)			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

- * Cocher la mention utile pour chaque case

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	بعض المفهومات Montant facturé	Signature et Cadre ou Biographe	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المقوّت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/01/2024	302,60	 PHARMACIE AL MAKHZN CASABLANCA SARL ALI DOCTEUR BOUJELIBA ALAOUI 100, Rue Angle 64/16, Lot. Sekel Oulfa Casa - Tél.: 0522 90 71 6
INPE et code à Barres		
19181510615		
INPE et code à Barres		
1111111111111111		

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

Assermenté Auprès des Tribunaux
membre de S.I.C.O.T
Bd. de la résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage Appartement N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39

Casablanca, le 17/11/24

الدكتور عبد الرقيع بن عبد الله
طبيب جراح في العظام والمسا
 محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
 عضو في المنظمة العالمية للجراح

شارع المقاومة إقامة البيضا،
الطابق الثاني، شقة رقم 204 - الدار البيضاء.
الهاتف : 05 22 44 93 39

الدار البيضا، في

KANA MERIEM



1425 RELAS



26,80 x 02
153,60 Arxi b 90

149,00 4 10 x 14
ARTINOL

2 gel 2 x 1 60

280 SEC 30

2 gel 2 x 15 x 15

302,60



INP
Pre
N