

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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

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

N° P19-0041451

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2971

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : EL MECHARY EL IDRISSI MED

Date de naissance : 13-11-52

Adresse : Rue Acacias Rés Perla 4 App 50

Maarif CASA

Tél. 0673401818

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

POLIR REMBOURSEMENT
COMPLEMENT

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL MASSALI ILHAM

Age : 64

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 09/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 بالنسبة لكل مرض 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 المرسلية بالرمز الشريطي 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

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

		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 1.2.01.01
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *		مرجع رقم 610-1-02	
N° Dossier :					
Partie réservée à l'assuré(e)					
خاص بالمؤمن له (لها)					
الاسم العائلي والشخصي : EL MASSALI ILHAME					
رقم التسجيل : 117161310141812141					
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1B1416121910181					
N° CIN :					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *					
ابن <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/>					
العنوان : Residence PERLA Rue des Acacias ESC 4 ETG 5 APT N°50 MAARIF CASABLANCA					
مبلغ المصاريف : 1200# Dhs					
عدد الوثائق المرفقة :					
Nombre de pièces jointes :					
Déclaration du médecin traitant					
Bénéficiaire de soins					
الاسم العائلي والشخصي : El massali Ilhame					
تاريخ الميلاد : 1981 10 16					
N° CIN : 12116131014181					
الجنس : أنثى					
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى **					
INPE et code à barres **					
Médecin traitant					
Etablissement de soins					
نوع العلاجات *					
Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/>					
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.					
Fait à : 11/10/2011					
Le : 11/10/2011					
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)					
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.					
Fait à : 11/10/2011					
Le : 11/10/2011					
توقيع وطابع 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 barres

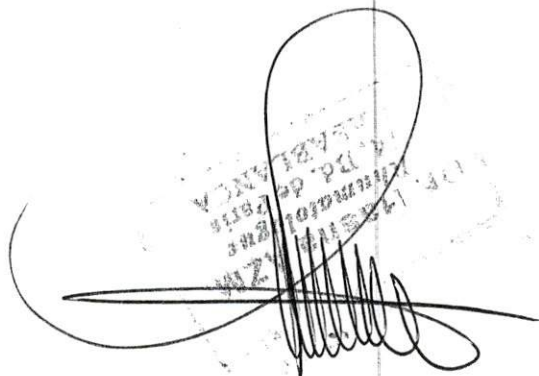
	RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire RFF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 190988863893223	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille EL MASSALI ILHAME RUE DES ACCACIAS ETG 05 ESC 04 APPT 50 RES PERLA MAARIF CASABLANCA 2030 N° d'immatriculation : 176304824 Règlement du mois : 09/2019 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
EL MASSALI ILHAME										
060377482	28/05/2019	AMK	KINESITHERAPEUTE	1 200,00	50,00	1,00	10,00	500,00	70	350,00
Total remboursé pour ILHAME										350,00
Total général remboursé										350,00

Sauf erreur ou omission

< physiotherapy

reinforcement of para-
vertebral cervical



Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 13/03/19 في الدار البيضاء

7^e El Hassali
Dr Ham

Cervicalgies sur cervicarthrose
avec contracture

⇒ 10 séances de
Kinésithérapie cervicale ⇒