

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.

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com

Personne 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 personnelles.

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- 0041894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMI FATIMA

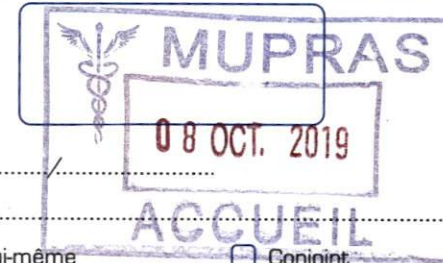
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660 720735 Total des frais engagés : 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 :

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) :

Casablanca, le 17 avril 2019

Mr: KSAR MOHAMED

246.012
SEROQUEL 100 MG COMPRIME PELLICULE

1840.04 1 cp le matin, 1 cp à midi, 1 cp le soir

TRANXENE 5 MG COMPRIME

98.30.23 1 cp le matin, 1 cp à midi, 2 cps le soir

ATHYMIL 30 MG GELULE LP

42.90 1 cp au diner, 1 cp au coucher

IMOVANE 7.5 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE

180.012 1 cp le soir

FLUOXET 20 COMPRIME PELLICULE

1 cp le matin, 1 cp à midi

Traitement pendant : 1 Mois

Dr TYAL M. Hachem
PSYCHIATRE
Clinique Villa des Lilas
88-90 Bd de l'Oasis - Casablanca
Tél. : +212 5 22 77 66 71

Membre de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive,
de la Société Française de Sexologie Clinique et de l'Institut Français d'Hypnose.

" Villa des Lilas " • 88 - 90 Bd de l'Oasis, Casablanca 20103 • Tél. : +212 522 77 66 71
Fax. : +212 522 25 52 00 • E-mail : drtyal@villadeslilas.ma • Web : www.villadeslilas.ma

ICE : 001638747000090 • IF : 43400591 • TP : 34751440

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المسمّر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.


سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
الموجبة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : <u>K. SAR Mohamed</u>		الاسم العائلي و الشخصي :
N° Immatriculation : <u>115916189112121</u>		رقم التسجيل :
N° CIN : <u>1116994051</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *
*Conjoint <input type="checkbox"/> زوج *Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <u>R. Sanaa, Boulevard Bouygues n° 130 CASA</u>		العنوان :
Montant des frais : <u>.....</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <u>.....</u>		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : <u>K. SAR Mohamed</u>		الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance : <u>11/11/1952</u>		تاريخ الإزدياد :
N° CIN : <u>1116994051</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس * :
INPE et code à barres : <u>1991187646</u>		الرقم الوطني الاستدالي و الرقم المشرّف **
Médecin traitant : <u>.....</u>		Etablissement de soins : <u>.....</u>
الطبيب المعالج :		المؤسسة العلاجية :
Type de soins		
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD : <u>.....</u>		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : <u>.....</u>		رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		صرح بمصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : <u>Casablanca</u> : ب		Fait à : <u>Casablanca</u> : ب
Le : <u>11/11/2019</u> : في		Le : <u>11/11/2019</u> : في
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع و طابع 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

دار المعلمين - ساحة دكاكر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 133

Dr. F. M. Hachem
PSYCHIATRE
88-90 Boulevard de l'Oasis - Caroublan
Tél. 4711521

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي ٢٠١٥ ٢٠١٦ CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 190586120662957	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 05/2019 Mode de paiement : Virement	KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
057571378	17/04/2019	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
057571378	17/04/2019	PH	PHARMACIE	1 323,40	1 323,40	1,00	1,00	1 323,40	70	926,38
Total remboursé pour MOHAMED										1 059,38
Total général remboursé										1 059,38

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان