

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.

Education :

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 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

86 976

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Traouri Yacine

Date de naissance : 26/06/15

Adresse : 10 Cité Riad Al Attakel Les Almazraa

Tél. : 066 1 46 64 68

Total des frais engagés : 574,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*MUPRAS
RECEPTION*

Date de consultation : 31/12/2019

Nom et prénom du malade : OEGDAR Hacine Age : 52

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DERMATOLOGIE

Rbt Conference

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 : CRSA

Le : 17/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

soins doit être accompagnée de pièces justificatives originales médicales, factures, ...).

prénom de la personne soignée portés par les praticiens eux mêmes ouille de soins.

ances transmises doivent être des codes à barres des achetés .

de soins ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS x mois qui suivent le premier acte s'il y a traitement médical continu. ier cas, le dossier doit être présenté (60) jours qui suivent la fin du

ement des frais engagés sera a base de la tarification nationale de

stations ne peuvent donner lieu au ent que suite à accord préalable. s dernières est disponible auprès de CNSS.

liés aux accidents du travail et fessionnelles ne sont pas couverts.

ne coupable de fraude ou de fausse pour obtenir des prestations qui ne s, est possible des sanctions légales ires.

de remboursement prise par la ordonnée au respect des conditions s et de ce qui précède.

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 المشتراء.

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة 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 تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة
ch et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Signature de l'agent

تاريخ الإيداع

Date d'arrivée: تاريخ الاستلام:

الضمان الاجتماعي
WILAYA TAASSUT
CNSS
Le devoir de vous protéger

* موافقة مسبقة *
Entente préalable *

* تنفيذ *
Exécution *

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : T R A C H L I M o h e m e d
عائلي والشخصي : بالمؤمن له (لها)

N° Immatriculation : 1198693621
 تسجيل : لائقة التعريف الوطنية : 1 B380580

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 20 سطح Rida Al Amansas Des Almeria California

Montant des frais : 584,60 درهم Dhs

المصاريف :

Nombre de pièces jointes :

03

وثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : MEGZARI HANANE

10/07/1967

ج الطبيب المعالج
تفيد من العلاجات

Date de naissance :

N° CIN:

BE4081534

Sexe :

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres ::

0510126446

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :

Le : 21/02/2020

ب:

في:

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

Fait à :

Le : 31/01/2019

ب:

في:

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

أشطب الخانة المناسبة

CIM-10						العمليات المساعدين الطبيين
نار es	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	
à Barres 						
à Barres 						

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	وetting طبيب الأشعة (والأخياني) Signature et Cachet du Radiolog Biologiste
INPE et code à Barres				
[Barcode]				
INPE et code à Barres				
[Barcode]				

الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
نوع وظيفة الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	التاريخ المفوتر Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé
	31/12/14	284,6
INPE et code à Barres 1511511816713		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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

Dr.
**Fadwa
Maliani**
Dermatologue

Laser épilatoire
Amincissement
Mésotherapie
Comblement
Peeling
Botox

Ordonnance

الدكتورة
**فدوى
ملياني**
احصائية الحلة
الشعر والأظافر

Casablanca le:

31-12-2019

69,00 X 8 N°1e Trachi youmne

1. Tetralysal

1cf / Soir

2. épiderm gel

le mat

3. Garder l'oeil.

4. Garder le visage hydratante

146,60

Ain Chock - Casablanca
Res. Rosiers II, Quartier El Omariya N°R02 3ème Etg Appt A35
Dr. FADWA M ALIANI

نحوة الورود 2، حي العمارة، عمارة R02، الطابق الثالث، الشقة A35، عن الشق، الدار البيضاء
Res. Rosiers II, Quartier El Omariya N°R02 3ème Etg Appt A35, Ain Chock - Casablanca

Connectez Vous : drmaliani | www.drmaliani.com | Tel: +212 (0) 522 596 747

 <p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي CNS</p>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
Référence structurée : 200393497067704		Emis à Casablanca le : 05/03/2020
Identifiant de la famille تعریف العائلة N° d'immatriculation : 198693627 Règlement du mois : 03/2020 Mode de paiement : Virement		TRACHLI MOHAMED 10 LOT RAYAD ANDALOUS RES ALMERIA CALIFORNIE CASABLANCA 2015
Informations : معلومات		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
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
MEGZARI HANANE										
071013158	31/12/2019	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
071013158	31/12/2019	PH	PHARMACIE	284,60	138,00	1,00	1,00	138,00	70	96,60
Total remboursé pour HANANE										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان