

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.

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 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

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

N° W19-440271

COMPLEMENT

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **ND 26904**

Matricule : **702** Société : **Rekroute**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Rekroute**

Nom & Prénom : **EL MAROUFI Ri'oud**

Date de naissance : **01-01-48**

Adresse : **51, Rue HASSANE Hy ELHANT CHSA**

Tél. : **06 62243603** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **KOURI Khadija** 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 piconfidentiel 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) : /

064174905
26/02

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 un 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 un 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 و لكل 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 و الوثائق 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 تعريض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الآخطار 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.

 ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03	Réf. : ANAM 12.02.01
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
الاسم العائلي و الشخصي : Kouyat Khalifa		خاص بالمؤمن له (ها)	
رقم التسجيل : 1650143191		رقم بطاقة التعريف الوطنية : B.348175	
N° CIN :		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
العنوان : 51, Rue HASSANE Hy ELHANA - CASA		مبلغ المصاريف : 492,50 Dhs.	
Montant des frais :		عدد الوثائق المرفقة :	
Nombre de pièces jointes :		Déclaration du Médecin traitant	
Bénéficiaire de soins		تصريح الطبيب المعالج	
Nom et prénom :		المستفيد من العلاجات	
Date de naissance :		الاسم العائلي و الشخصي :	
N° CIN :		تاريخ الإزدياد :	
Sexe :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
INPE et code à barres **		الجنس : *	
Médecin traitant		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **	
الطبيب، المعالج		Etablissement de soins	
Type de soins		نوع العلاجات	
Admission ALD :		قبول العرض المزمن *	
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :	
Code ALD :		رمز العرض المزمن :	
Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض *		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : 24/02/2020		Fait à :	
Le :		Le :	
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	
* Cocher la mention utile pour chaque case		* Cocher la mention utile pour chaque case	
** Accoler l'étiquette Design l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins)		** Accoler l'étiquette Design l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins)	

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

CIM-10			
--------	--	--	--

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

Documents fournis photocopie

- 1) Décompte CNSS 15,85
- 2) Feuille de soins
CNSS recto-verso
- 3) ordonnance
de Amina LATIFI

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي taH08t taL08t C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 200393523928418	Emis à Casablanca le : 10/03/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165014319 Règlement du mois : 03/2020 Mode de paiement : Virement	KOUIRI KHADIJA 51 RUE HASSAN HAY EL HANA CASABLANCA 2021	
	Informations :		

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
KOUIRI KHADIJA										
064174905	24/02/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
064174905	24/02/2020	PH	PHARMACIE	52,40	52,40	1,00	1,00	52,40	77	40,35
064174905	24/02/2020	PHN	PHARMACIE	90,50	84,20	1,00	1,00	84,20	00	0,00
Total remboursé pour KHADIJA										155,85
Total général remboursé										155,85

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- ☐ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- ☐ Maladies Sexuellement Transmissibles
- ☐ Cosmétique
- ☐ Allergologie
- ☐ Chirurgie de la peau
- ☐ Laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- ☐ أمراض الجلد والشعر والأظافر
- ☐ الأمراض التناسلية
- ☐ جراحة الجلد والأظافر
- ☐ أمراض الحساسية
- ☐ التجميل
- ☐ العلاج بالليزر

Casablanca le : 20-04-2020 الدار البيضاء في :

Kam Fhaed Jo

22.70

- Baycutène

/ 0.50

36.00

- Canesten

/ 0.50

84.20

- Dermo fix

/ 0.50

2 142.90

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologue - Vénérologue
102, Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1^{er} étage - Casablanca
Tél: 05 22 89 76 52

Baycutène® N 15 g
Crème



Canesten® 1 %
Crème 30 g



Dermofix® Poudre

PROMOPHARM S.A.



Pharmacie SOPHIA
Bd. Ibnou Sina - Sidi
Tél: 022.36.01.14 - CASA

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

1, شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36