

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.

N° W19-478137-30158

Mutuelle Complémentaire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
1846

Matricule :

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHAZOUANI MED EL MAHFOUD

Date de naissance :

07 - 10 - 1954

Adresse :

CITE ANDALOUSSIA IMM 83 APRY 80 ANOUAL
CASA BLANCA

Tél. 06614662619

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

ZOTRY

Nom et prénom du malade :

FATIMA

Age :
26 ans
Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/06/2020

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 وكل حدث.

بجب 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 شهرین من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرین (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كافلات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث، التشغيل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح 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 وظيفي الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٣/١٢/٢٥

Date d'arrivée: ٢٠١٣/١٢/٢٥

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

موافقة مسبقة *	Entente préalable *
تفبيد *	Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF. ANAM: 120101

Réf - 610-1-02

Feuille de Soins Maladie

تفبيد *

Exécution *

Réf. ANAM: 120101

TEL 06 60 72 71 89

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخص : _____

رقم التسجيل :

Nom et prénom : ZOHRY FATIMA

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° Immatriculation : ١٤٩١٦٨١٩١٩١٨١٥٥

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

N° CIN : ١٤٩١٦٦٢٦١٦٢٦٥١

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

Conjoint نوح

Enfant ابن

Adresse : RESID AN DALOUSSIA IN 83 APP 8 3D ALDOUAFI CASA العنوان :

Montant des frais : ٤٤٨٨,٥٢ درهم

Nombre de pièces jointes : ٣

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ZOHRY FATIMA

Date de naissance : ١٤٨١٠٢١٩٥١

N° CIN: ١٤٩١٦٦٢٦٠١

Sexe: M ذكر F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج 091028506	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-avant.
Fait à : CASA BLDN ٢٥/١٢/٢٥

Le : ٢٠١٣/١٢/٢٥

نحوه المؤمن له

Signature de l'assuré:

Professeur Hassan Abdelloumen

Spécialiste en Endocrinologie et Diabétologie

Abdeloumen N° 313 Casablanca Tel: 0522 86 14 24

Signature et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

للتسلیخ المعنی

- 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء م.ب. 2186 - الهاتف: 080 203 3333

CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 090 203 3333

3126

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
08/03/2020	5 + 7/3 0		300 HTG	Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual et Abdelmoumen N°313 - Casa - Tel: 05 22 96 14 14
INPE et code à Barres				

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
08/03/2020	B 610 + JC		688,35	Dr ZITIA 400, Bd Sidi Benn El Manzala Casablanca Tel: 0522 23 36 61 MAARIF
INPE et code à Barres	0913601328			

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

蒙特利爾 - كندا

Casablanca, le : ٢٠١٣ ٢٦ الدار البيضاء، في:

Mme ZOHRY Fatima

Analyses :

Glycémie à jeun

TSH ultra sensible

NFS

Ferritinémie

professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tel: 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anouar et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجاري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200595315326813

Emis à Casablanca le : 19/05/2020

Page : 1

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

ZOHRY FATIMA
RES ANDALOUSSIA IMM 83 APPT 8 BD ANOUAL
CASABLANCA 2034

N° d'immatriculation: 192159815
Règlement du mois : 05/2020
Mode de paiement : Virement

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	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZOHRY FATIMA										
070597459	02/03/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE BIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
070597459	02/03/2020	B		688,35	1,10	610,00	1,00	671,00	70	469,70
Total remboursé pour FATIMA										574,70
Total général remboursé										574,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

2001

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 02-03-2020

Mme ZOHRY Fatima

FACTURE N° A20030026

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
E1125	Traitemet échantillon sanguin	E11.25	E
0118	Glycémie	B30	B
0154	Ferritine	B250	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 610

TOTAL DOSSIER : 688.35 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
six cent quatre-vingt-huit dirhams trente-cinq centimes

