

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.

Physiothérapie :

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.

Prothèse :

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- 0041935

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 52486

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : habituelle

Tél : 0662 600 580 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 22 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



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 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 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.

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

 <p>الضمان الاجتماعي +dKO+ +dCCH+ CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 : Réf.</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>الاسم العائلي والشخصي : EL MECHRAH A ZIZA</p> <p>رقم التسجيل : 1151450123131</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11-1-141331</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) * :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : 123, Rue Abou El Wast, RES. SAKHAT - B - 8th</p> <p>Montant des frais : Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 1</p>		
<p>Declaración del Médico tratant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : EL MECHRAH A ZIZA</p> <p>Date de naissance : 11-1-141331</p> <p>N° CIN : 11-1-141331</p> <p>Sexe * : M ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر ** : 11-1-141331</p>		
<p>Médecin traitant</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>N° dossier ALD : 11-1-141331</p> <p>Code ALD : 11-1-141331</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/></p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهد بمصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : 11-1-141331</p> <p>Le : 11-1-141331</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>أصرح بمصداقية وحقيقة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : 11-1-141331</p> <p>Le : 11-1-141331</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من المؤسسة العلاجية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		
<p>* Cocher la mention utile pour chaque cas</p> <p>** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.</p> <p>دار المؤمن - ساحة تلاك - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء ص. ب. 2186</p> <p>080 200 7200 / 080 203 3333</p> <p>Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Care Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333</p>		

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF: 610-2-06
	Référence structurée : 201099517468940	Emis à Casablanca le : 27/10/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016 N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 10/2020 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	المعاملات 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
EL MECHRAFI AZIZA										
063753283	28/09/2020	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
063753283	28/09/2020	PHN	PHARMACIE	87,30	87,30	1,00	1,00	87,30	00	0,00
063753283	28/09/2020	PH	PHARMACIE	348,60	265,80	1,00	1,00	265,80	77	204,67
Total remboursé pour AZIZA										204,67
Total général remboursé										204,67

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



الضمان الاجتماعي
التأمينات الاجتماعية
CNSS

FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 154502333
Nom et Prénom : EL MECHRAH A. H. ZA
Bénéficiaire : M. M. M. M.
Tél/GSM : 0662 109580

Partie réservée au code à barre des médicaments

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser

الأستاذة الوزاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
والأمراض التناسلية الحساسة
وعلم التجميل

Casablanca, le : 28. 9. 2020 الدار البيضاء في :

Dr. El Mezouzi

75.40

Myu u. zel

150 : Appl / semaine

136.60 X2

Amber 5 mg

Appl / 1 x 2mn

87.30

Demofix unguent Appl / 1 x 4mn

435.90

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZERAMATA
Avenue de Phare Residence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétologie Lasers
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax 0522 99 62 74
INP: 881182388

75، شارع السيرة الخضراء - الطابق الأول يسار - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 99 62 75 / 76 - الفاكس : 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@gmail.com