

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1798** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AOYAME MOSTAGA**

Date de naissance : **01/01/1951**

Adresse : **habituelle**

Tél. : **0662100580** 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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

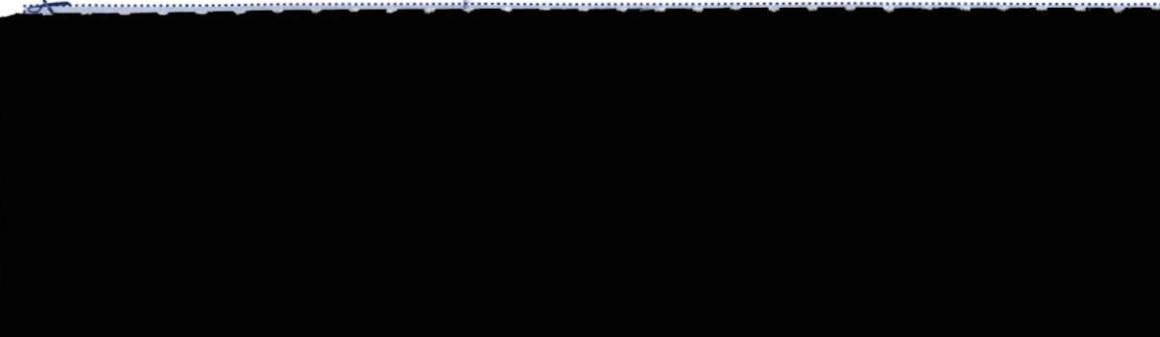
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casa**

Le : **22/11/2020**

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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، 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 و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، مادا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سواء تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تتعويض بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لاتاحة 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 كانب للاستفادة 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.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

Date d'arrivée : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée



الضمان الاجتماعي
CNSS

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

رقم : 610-1-03

Ref. : ANAM 12/05/01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL MECHEIRI ABD

N° Immatriculation : 114150123131

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Adresse : 123 Blue Abou El MAST. Les Belles CASA

ابن

Montant des frais : درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD:

Maladie*

مرض*

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

Fait à : 15/3/2015

Le : 15/3/2015

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (s)

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

المعلومات المذكورة أعلاه
ب : _____

في : _____

توقيع و طابع 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 (l'Institut National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - شامة ناكار - الدار البيضاء - الراشدية - 2186 - رقم التسجيل : 080 200 72007 080 203 3333

مaison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

GIM-10

Actes Paramédicaux

سلیمان المساعدين الطبیعی

التاريخ العمليات Date des actes	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
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

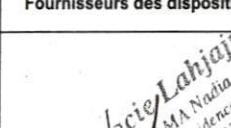
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

ذها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

4

توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات
الطيبة

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
02-09-2025	162,75	 Pharmacie Lahjajina ZF 1000 AMA Nadia Avenue de la Paix, Résidence Taghazout Casablanca, tel. 05 22 29 35 64
INPE et code à Barres INPE 09203918		
INPE et code à Barres INPE		

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

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

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Référence structurée : 201199672290371

Emis à Casablanca le : 05/11/2020

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

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	معامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
063759120	02/09/2020	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
063759120	02/09/2020	PHN	PHARMACIE	87,30	87,30	1,00	1,00	87,30	00	0,00
063759120	02/09/2020	PH	PHARMACIE	75,40	70,40	1,00	1,00	70,40	77	54,21
Total remboursé pour AZIZA										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser

الأستاذة الوازاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
والأمراض التناسلية المعاية
وعلم التجميل

Casablanca, le : 29.9.2020 الدار البيضاء في :

Dr. El Rehmani Agiza

75,40

My name is: A female patient

87,30

Der mo jà come: 2nd

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare, Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

75, Bd Massira Al Khadra Casablanca
Professeur EL OUAZZANI Tam
Tél. 0522 99 62 75/76 - fax 0522 99 62 74
INP 0911182389

Pharmacie Lahjajma
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare, Résidence Taghazout
Casablanca - Tél. 05 22 29 35 64

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@gotmail.com



FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 154502333

Nom et Prénom : EL MECHRAFI ABDRAHMAN

Bénéficiaire : moi même

Tél/GSM : 0662160586

Partie réservée au code à barre des médicaments
