

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.

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.

Prothèse 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



Déclaration de Maladie


N° P19-0035350

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **52485** ☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1798** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **ADJAME MOSTAGA**
Date de naissance : **01/01/1951**
Adresse : **habituelle**
Tél. : **0662100590** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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 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 / 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 المرسلية 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانونية.

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

 الضمان الاجتماعي +الرجاء+ +الرجاء+ CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03	رقم الملف: 1/202.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *		
N° Dossier :				
Partie réservée à l'assuré(e)				
خاص بالمؤمن له (ها)				
الاسم والعائلي والشخصي : EL MECHRAH A. A. A.				
رقم التسجيل : 1151410123131				
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11-211413131-1				
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *				
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>				
العنوان : 123 Rue Alphonse EL WAZI - BOULEVARD B. A. A. BOULEVARD CASA				
مبلغ المصاريف : Dhs.				
عدد الوثائق المرفقة :				
Montant des frais :				
Nombre de pièces jointes :				
Declaracion du Médecin traitant				
Bénéficiaire de soins				
الاسم والعائلي والشخصي :				
تاريخ الإزدياد :				
رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
N° CIN :				
الجنس : * <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>				
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **				
INPE et code à barres **				
Médecin traitant				
Etablissement de soins				
Type de soins				
Admission ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
N° dossier ALD :				
Code ALD :				
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *				
Hospitalisation				
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant				
Fait à :				
Le :				
توقيع المؤمن له				
Signature de l'assuré (e)				
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables				
Fait à :				
Le :				
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية				
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins				

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - شعبة دكاكر - الدار البيضاء من. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333


توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>02-09-20</p>	<p>162,70</p>	<p>Pharmacie Lahjajima</p> <p>Zineb AMA Nadia</p> <p>Avenue d'Algérie - Résidence Taghazout</p> <p>(Algérie) - Tél. 05 22 29 35 64</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE</p> <p>09203918</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE</p>		

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي 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 N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 11/2020 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										
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										54,21
Total général remboursé										54,21

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 الحسية
وعلم التجميل

Casablanca, le : 29.9.2020 : الدار البيضاء في :

Dr Et Aechraf Azizer

75,40

194 mgol : 100 : 1 gel / semaine

87,30

Dermo fix crème : 2 fus / 1

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

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser
Casablanca
Tél: 0522 99 62 75 / 76 - Fax 0522 99 62 74
INP: 091152389

Pharmacie Lahjajma
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare - Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

162,70

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



الضمان الاجتماعي
+oH0%+ +oH0%+
CNSS

FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré(e)
Numéro d'Immatriculation : 154502233
Nom et Prénom : EL MECHRAÏ A Z Z A
Bénéficiaire : même
Tél/GSM : 06.62.10.02.80

Partie réservée au code à barre des médicaments
