

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0033607

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **BAGHADI Bader**

Matricule : **0685** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **133857**

Nom & Prénom : **BAGHADI Bader**

Date de naissance : **21/07/44**

Adresse : **RES AL FIRDANS R.E AZEMAWR CASANO 6**

Tél. **064510014** Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **Complément** Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : **19/10/22**

Signature de l'adhérent(e) : **Mr Bader Baghadi**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

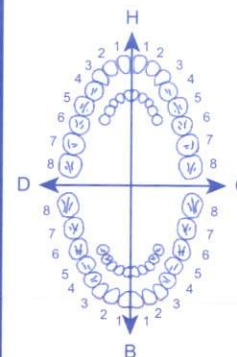
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

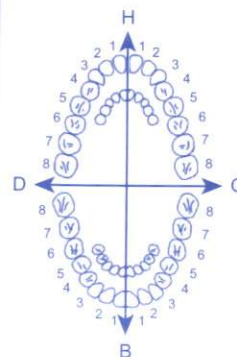
**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## 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 التعريف 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 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</p> <p>الجمهورية المغربية</p> <p>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</p> <p>Obligatoire</p> <p>Réf. : 610-1-03 مرجع رقم</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>		
<p>Nom et prénom : <u>M. BENMOUSSA ACHEDDINE</u></p>		
<p>N° Immatriculation : <u>1289828910</u></p>		
<p>N° CIN : <u>B4444444</u></p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p> <p>Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج <u>oui</u> Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : <u>N° 8 Résidence Al Firdous - Bte Agdal - Boukalab ex Ate d'Agdal - H. H.</u></p>		
<p>Montant des frais : <u>5.500,00 Dhs.</u></p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <u>06</u></p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		
<p>Nom et prénom : <u>Benmoussa Acheddine</u></p>		
<p>Date de naissance : <u>12/02/1971</u></p>		
<p>N° CIN : <u>B4444444</u></p>		
<p>Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F</p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant : <u>09A0858712</u></p>		
<p>Etablissement de soins : <u>1111111111</u></p>		
<p>Type de soins</p>		
<p>Admission ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p>		
<p>N° dossier ALD : <u>1111111111</u></p>		
<p>Code ALD : <u>1111111111</u></p>		
<p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		
<p>Fait à : <u>20/09/2012</u></p>		
<p>Le : <u>20/09/2012</u></p>		
<p>Signature de l'assuré(e) : <u>[Signature]</u></p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>		
<p>Fait à : <u>20/09/2012</u></p>		
<p>Le : <u>20/09/2012</u></p>		
<p>Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>		
<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		
<p>* Cocher la mention utile pour chaque case</p>		
<p>** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) sur la feuille de soins</p>		
<p>080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - 2186 - الدار البيضاء المنطقة - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333</p>		
<p>Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333</p>		





# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le 09.03.22

الدار البيضاء، في:

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

- 3 (-1.00 85°)

OEIL GAUCHE

- 97° (-0.50 75°)

ADDITION VISION DE PRES

**KERATOPTIQUE**  
**Mly Soufiane EL ADJOUNI**

303, Bd Ziraoui - Casablanca  
Tel: 0622 49 27 39 - Fax: 0622 49 27 40  
INPE: 0096001866

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

*Benmoussa* *ABEDDINE*

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

*ARV le 22/03/22*

235, شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89



**KERATOPTIQUE**  
OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077  
INPE : 0095001855

**FACTURE N° 0010801**

M

*Boumoussa AZEDDINE 20/9/22*

Vision de loin

OD: Cyl ..... Sph .....

OG: Cyl ..... Sph .....

Vision de près

OD: Cyl ..... Sph .....

OG: Cyl ..... Sph .....

Double Foyer

OD: Cyl *1.50* Sph *-3.00* ADD *+2.25*

OG: Cyl *-0.50* Sph *-0.75* ADD *+2.25*

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>matrice opt: 7</i>	700,-
2	VERRE <i>lens cylindrique progressif Askan + T.A. Reflet</i>	4.300,-
Montant en Lettres : <i>Cinq mille trois cents</i>		TOTAL 5.000,-

**PAYE** *47.30.27*

Cachet, Signature  
**KERATOPTIQUE**  
*Mly Soufiane EL ADLOUN*  
303, Bd Ziraoui - Casablanca  
Tel : 05 22 49 27 39 Fax : 05 22 49 27 40  
INPE : 0095001855

235. شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارات شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», app. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

**Azyter 15 mg/g**

Collyre, 8/8 récipients unitaires  
PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

**STERDEX**

**pommade ophtalmique**

Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI

**NAVIBLEF Intensive Care**

**DISTRIBUTEUR**

RIMAPHARMA, 165 Bd Abdelmoumen,  
Casablanca, Maroc

N° CE : 9694 /2017/ DMP

PVC : 120,00 Dhs



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06 :
	<b>Référence structurée :</b> 220921973013843	<b>Emis à Casablanca le :</b>	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation: 189828910 Règlement du mois : 09/2022 Mode de paiement : Virement	<b>BENMOUSSA AZZEDINE</b> <b>RTE D'AZEMMOUR RES AL FIRDAOUS VILLA N°6</b> <b>CASABLANCA 1600</b>	
	<b>Informations :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنبو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
BENMOUSSA AZZEDINE										
098034170	05/09/2022	CS	MME KHAYAR BENJELLOUN LOUBNA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
098034170	05/09/2022	PH	PHARMACIE SUP D ANFA	76,20	76,20	1,00	1,00	76,20	95	72,39
098034170	05/09/2022	PHN	PHARMACIE SUP D ANFA	146,40	18,20	1,00	1,00	18,20	00	0,00
098034170	05/09/2022	VER	MR ELADLOUNI SOUFIANE	4 300,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
098034170	05/09/2022	MON	MR ELADLOUNI SOUFIANE	700,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
<b>Total remboursé pour AZZEDINE</b>										<b>529,89</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>529,89</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان