

## 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.

### 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0007118

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411

Société : 144578

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HEKMOUCHE Charles Ep ARRAS

Date de naissance :

Adresse : 1/3 la même

Tél. : 0662416030 Total des frais engagés : 2937,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ARRAS Nouredshino

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

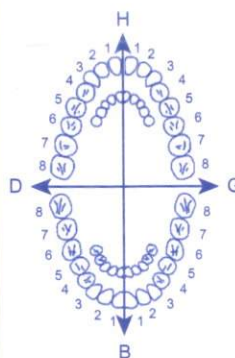
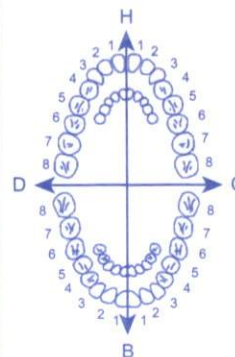
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le

27/10/2022

40,00

me APKAS

Pr BELMIR HICHAM  
Chirurgie Vasculaire  
et Endovascular  
INPE: 061168431

① Colipred. 20g.

79,70

2cp/j Nelin pelt 3j

② A-Zix: 1cp/j pelt 3j à Nide

③ LD-NOR 20g: 1cp/j Sai pelt 3 mois

39,00 x 2

④ Hemopere 75/100

x 2

1cp/j à Nide pelt 3 mois

160,00

637,70

Pharmacie  
Casablanca  
INPE: 092042456  
Tél: 0522 36 19  
ICE: 002500848000001  
Mme. Hicham Belmir

Pr BELMIR HICHAM  
Chirurgie Vasculaire  
et Endovascular  
INPE: 061168431

6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg  
30 gélules

6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg  
30 gélules

6 118000 041016

Coipred® 20 mg  
20 comprimés effervescents sécables

6 118000 040941

AZIX® 500 mg  
3 Comprimés sécables  
Aztirinephene

6 118000 082231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés



## 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.

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

## 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 الإقتاتية 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لاحقة 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 رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *		
N° Dossier :				
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>				
خاص بالمؤمن له (لها)				
الاسم العائلي و الشخصي : <b>ARRAS Noureddine</b> رقم التسجيل : <b>1733532119</b>				
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>B1382116-1-1</b>				
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>				
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *				
العنوان : <b>RES FATIMAZAHRAH Ang 6 ONAR EL KHAYAM Rue</b> <b>des ROSES HAY RAHA BOUSS'JOUR CATA.</b>				
Adresse :				
مبلغ المصاريف : <b>937,70 \$</b> Dhs.				
Montant des frais :				
عدد الوثائق المرفقة : <b>10</b>				
Nombre de pièces jointes :				
<b>تصريح الطبيب المعالج</b>				
المستفيد من العلاجات				
الاسم العائلي و الشخصي :				
تاريخ الإزدياد :				
رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
الجنس : * <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> F				
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **				
INPE et code à barres **				
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
نوع العلاجات				
قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
رقم ملف المرض المزمن :				
رمز المرض المزمن :				
Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *				
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.				
Fait à : _____ ب : _____ Le : _____ في : _____				
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)				
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.				
Fait à : _____ ب : _____ Le : _____ في : _____				
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 cas

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

دار المؤمن - ساحة دافار - الدار البيضاء - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333 - دار الضياء المعطة - 2186 Cas. Gule Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca P.F. : 2186 Cas. Gule Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin	
24/10/22		4	3000	Pr BELMIR HICHAM Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire INPE: 06168431	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المدونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
27-10-22	637,70	Pharmacie Meryem/INPE INPE: 092042456 Tél: 0522 24 33 27 INPE: 062000843000001
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر الموحد Prix Unitaire	الكمية Quantité	السعر الإجمالي Prix Total



**F A C T U R E**

N° 140 546 / 2022 du 27/10/2022

Nom patient : **ARRAS NOUREDDINE**

Entrée 27/10/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE CHIRURGIE VASCULAIRE PER	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			300,00		300,00	0,00

*Hopital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Consulting Cardiologie*

Ref: 610-2-102 : مرجع رقم

Code agence : 701399



115940529

رقم الملف

### Informations sur l'assuré

Nom et prénom  
N° d'immatriculation  
Nom et prénom du bénéficiaire

ARRAS NOUREDDINE  
173353212  
ARRAS NOUREDDINE

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي

رقم التمجيد

الاسم العائلي و الترخيص للمستفيد

### Informations sur le dossier

Type dossier  
Date/heure de dépôt  
Date de soin  
Montant des frais de soins

DOSSIER DE REMBOURSEMENT  
15/11/2022 10:16  
2022-10-27  
937.70 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الإبداع

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,  
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

فقد توسلنا بالعلم نخبكم أنتم ستم إحاقته على «صالح المصطفى  
الوئس للضامى الاجتماعى من أجل معالجته

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (NSL), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

C'est traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: **A-F0-E-C-0199/2021**

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

وإذا لم يتم منح الترخيص، فإن الطلبات المقدمة من قبل أصحاب المصانع والمؤسسات الصناعية والخدمية، التي لا تخضع لرقابة وزارة البيئة، سيتم تحويلها إلى الجهات المختصة للتحقق من مدى التزامها بالبيئة. وفي حالة عدم التزامها، سيتم اتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-06, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : [reclamation.pdcp@cnsa.ma](mailto:reclamation.pdcp@cnsa.ma) ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

للمعاملة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 08-09، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني [reclamation.pdcp@cniss.ma](mailto:reclamation.pdcp@cniss.ma) أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "ألو ضامن" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802007200 أو 0802033333

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site [www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على النليل العملي  
مما هو متعارف عليه في إطار حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني  
للمصارف

للتعرف على الموقع الإلكتروني [www.macrss.mg](http://www.macrss.mg)

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

المروءة من أجله خومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web  
 ou le portail des assurés  
 ou l'application mobile

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)  
**Ma CNSS**

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

او تطبيق الهاتف

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

Sauf erreur ou omission

ما عدا هذا