

# 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 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

M22- 0007118

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9011

Société : 144578

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NEK MOUCHE

Date de naissance :

Adresse : 75 la mome

Tél. 0669416030 Total des frais engagés : 4937,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/14

Nom et prénom du malade : DR RAS Nureddine Age : 50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : hypertension

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 : 1/1/14

Signature de l'adhérent(e) : M. NUREDDINE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

## RELEVE 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 Cœfficients	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	

## RELEVE 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{r}
 25533412 \\
 00000000 \\
 \hline
 00000000 \\
 35533411
 \end{array}
 \begin{array}{r}
 21433552 \\
 00000000 \\
 \hline
 00000000 \\
 11433553
 \end{array}$$

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le 27/10/2012

40,00

1 Cetipred 40g.

29,70

2 A-21x: 1 cplg pdt 3j à Naciri

3 LD-NOR 20g: 1 cplg Sain pdt 3 mois

x 2

4 Memopare 75/100  
1 cplg à Naciri pdt 3 mois

160,00

637,70



Pr BELMIR HICHAM  
Chirurgie Vasculaire  
et Endovasculaire  
INPE: 061168431

Signature



Pr BELMIR HICHAM  
Chirurgie Vasculaire  
et Endovasculaire  
INPE: 061168431







### Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز الشفارات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المقوّر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب الملاع Signature et Cachet du Médecin
Dr HICHAM Consultation Cardiaque	HICHAM	6	300	Dr HICHAM Chirurgie Vasculaire INPE: 061768431
Dr BELMIR HICHAM Chirurgie Vasculaire	INPE			
INPE et code à Barres				

CIM-10

### العمليات المساعدة الطبية

### Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المقوّر Montant facturé	توقيع و طابع 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

### وصف العمليات للجراحت

### Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

### العمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المقوّر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

### جدول العمليات التي تم تنفيذها و التحويلات الطبية الموردة

### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع و طابع الصيدلي او موظف التحويلات  
الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou  
Fournisseur des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشلن المقوّر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او موظف التحويلات الطبية	
27-10-22	637,70	Dr Meryem/INPE 092042456	
INPE et code à Barres			

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## 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

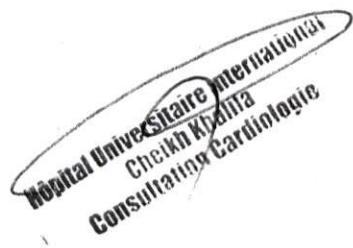
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE CHIRURGIE VASCULAIRE PER	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

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





إفادة بالاستلام  
ACCUSE DE RECEPTION



رقم الوكالة :

Code agence : 701399

Ref : 610-2-102

Numéro dossier

115940525

رقم الملف



Informations sur l'assuré

Nom et prénom : ARRAS NOUREDDINE  
N° d'immatriculation : 173353212  
Nom et prénom du bénéficiaire : ARRAS NOUREDDINE

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي :  
رقم التسجيل :  
الاسم العائلي والشخصي للمؤمن :  
معلومات عن الملف

Informations sur le dossier

Type dossier : DOSSIER DE REMBOURSEMENT  
Date/heure de dépôt : 15/11/2022 10:16  
Date/heure de dépôt : 2022-10-27  
Montant des frais de soins : 937.70 DHS

نوع الملف :  
تاريخ ووقت الإيداع :  
تاريخ المراجعة :  
مليل تكاليف العلاج :

Madame, Monsieur,

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

مرحباً، سيدتي،  
 لقد توصلنا بالملف ونخبارك أنه ستم إدخاله على «صالح الصندوق»  
والذى يضم الاتصال الاتساعى من أجل معالجه

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

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNBP sous le numéro : A-FO-EC-0-199/2021

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

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.pden@cnss.ma](mailto:reclamation.pden@cnss.ma) ;
- Prendre contact avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés conseillers du Centre d'appel Allo Damam aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

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)

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

Veuillez visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

في إطار سد الفجوة الاجتماعية والصحية لخدمة العمال غير الأجراء وقمن الصندوق الوطني للختام  
الاجتماعي.

يتم إدخالكم التدفقات اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه الخدمة.

معلمة معلوماتكم كانت موضع ترخيص مؤقت من قبل الجهة الوظيفية لجنة معايير ذات الطابع

A-PO-ECO-199/2021

يعدكم أن ترسل معلوماتكم الشخصية المهمة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتنفس فيها وإلي الإدارات

والشركات، وفقاً لطلب التي تجدهم سالف الذكر.

المدرسة مفتوحة في الارواح والتصدح والتعزف، وفما يقتضيه الفتوح 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى

البريد

الإلكتروني [reclamation.pden@cnss.ma](mailto:reclamation.pden@cnss.ma) أو رقم الاتصال 0802033333 أو 0802007200

الوطني الصندوق الاجتماعي على رقم التالية.

للمزيد: الدخول فيها على معايير ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الإطلاع على البالى العالى

للصال

[www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

نظام: إن جوتم ولتتبع مراجحة ملوك :

برخص زبارة وفوقها الإلكترونى  
أو البريد الالكترونى

أو تطبيق الميتس

أو الاتصال بمركز الإحصاء على الأرقام

ما عدا خطأ أو تسيب