

# 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](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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062100

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2886

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DR. KAITOUNI / JOUARI AFIFA

Date de naissance : 02.11.60

Adresse : 52 RUE TERMIKI MAARIF CAS

Tél. : 06 64 00 30 12

Total des frais engagés : 619,40

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : JOUARI AFIFA

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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 :**

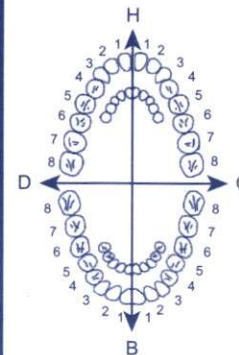
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

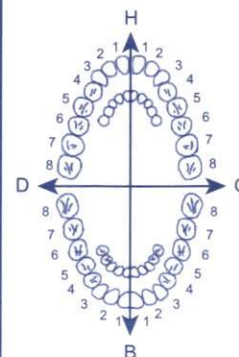
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 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 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 ولكل 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 والوثائق الانبثاقية 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 والأمراض 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>الضمان الاجتماعي NATOH ALJACH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>REG ANAM : 12.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : TOUHAIR AFIFA

رقم التسجيل : 14141621213131

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1214117613181

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : 2, RUE TERMIDI MAARIF Casa

مبلغ المصاريف : 619,40 Dhs

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : TOUHAIR AFIFA

تاريخ الازدياد : 1212141411916181

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1214117613181

الجنس : ☒ أنثى ☐ ذكر

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسر \*\*

INPE et code à barres \*\*

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات \*

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☐ Maladie ☒ مرض

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

Fait à : 27/11/2022 ب : في

Le : 27/11/2022 في : في

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 27/11/2022 ب : في

Le : 27/11/2022 في : في

توقيع وطابع الطبيب المعالج

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشهر بصفة كل ما ذكر أعلاه

أشهر بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

الأسطحة الخاصة المناسبة


\* 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

<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: <u>11/11/2022</u></p>	<p>تاريخ الاستلام: <u>11/11/2022</u></p> <p>Date d'arrivée: <u>11/11/2022</u></p>





 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم	
	<b>Relevé périodique des prestations AMO</b>			
Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023		أصدر ب : بتاريخ :		Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 111688233 Règlements de la période du : 09/12/2022 au : 09/12/2022		Destinataire JUAHRI AFIFA المرسل إليه		

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JUAHRI AFIFA											
94252951	29/11/2022	CS	GASTRO-ENTEROLOGIE	200,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	09/12/2022	105,00
94252951	29/11/2022	PH	PHARMACIES D	119,40	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	09/12/2022	83,58
94252951	29/11/2022	ECHO	OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70,00	09/12/2022	140,00
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>							<b>328,58</b>
<b>Total général remboursé</b>				<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>							<b>328,58</b>

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
 « Ma CNSS »  
 080 20 30 100  
 080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
 أو تطبيق الهاتف  
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Dr. Keltoum MAAZOUZ  
Ep. Mamou

**Spécialiste en Gastroentérologie**  
**Hépatologie et Cancérologie digestive**  
**Ancienne Chef de Clinique et Praticien**  
**Hôpitalier des CHU de Bordeaux**

الدكتورة كلثوم معزوز

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
خريجة كلية الطب ببوردو  
طبيبة سابقا بمستشفيات بوردو (فرنسا)

Casablanca, le : 23 11 2022 : البيضاء، في :

NOTE D'HONORAIRES

Jouhari Afif

- Consultation : 250,00 Dh

- Echographie : 250,00 Dh

Dr. Keltoum MAAZOUZ  
Gastroentérologue  
Tél : 05 22 99 47 30  
Fax : 05 22 99 47 30

134, Bd. bir Anzarane, angle Rue Ahmed El Joumari, Rés. Aya, 1er étage, N°3 - Mâarif - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 99 47 30 - E-mail : maazouzkh@yahoo.fr



Nom: *Jouahri*  
ID: 20221129-154716-7292 Sexe: Incon.

ABD

Date examen: 29/11/2022

## Abdomen Ultrasound Report - 2 / 2 Page

### Annotation:

FOIE DE TAILLE ET DE VOLUME NORMAL

CONTOURS REGULIERS HOMOGENE

VB LITHIASIQUE MICRO ET MACRO A PAROI EPAISSIE SCLEROATROPHIQUE

RENS NORMAUX NON DILATES

AEROCOLIE

UTERUS ET ANNEXES NORMAUX  
RATE NORMALE

PAS D'ASCITE PAS DE GANGLIONS

PAS DE PAISSISSEMENT DIGESTIF

Signature . (sceau):

*Dr. Maazouz Keltoun*  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Tél: 05 22 95 47 30 / 05 22 65 27

Date sign.:

*29.11.2022*