

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-781510

156141 C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2509	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHAD RAFFI			
Date de naissance : 07/01/57			
Adresse : HABIB BOURGEOIS			
Tél. : 0661095613	Total des frais engagés : 1056,60	Dhs	

Autorisation CNIDP N° : A-A-215/2019

### 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 : 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/10/2023

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-781510

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509  
 Nom de l'adhérent(e) : CHAHAD RAFFI  
 Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### **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 référencé.

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.

تَعْلِيماتٌ يُحِبُّ إِتْبَاعُهَا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

**يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية  
(وصفات طبية، فواتير، ...).**

يجب كتابة الاسم الكامل  
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطلب رهباً يطلب الموافقة المسبيقة.  
لائحة هذه الخدمات متوفّرة لدى جميع وكالات الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

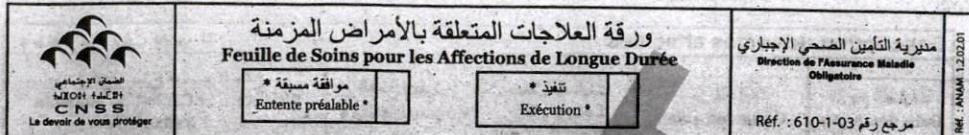
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة

خاص بمعنديريه التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

**Identification de l'agent :**

Date d'arrivée : | \_\_\_\_\_ تاریخ الاستلام : \_\_\_\_\_



N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom :	S. RAISSI Rabeh Laâh		
N° Immatriculation :	176440610		
N° CIN :	A 800 679		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	رقم بطاقة التعرف الوطنية : عائلة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج	Enfant <input type="checkbox"/>	ابن
Adresse :	العنوان : LOT FZDIHAR N° 10 Sidi EL Abed Temara		
Montant des frais :	درهم	Dhs.	مبلغ المصارييف :
Nombre de pièces jointes :			عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins	تصريح الطبيب المعالج		
Nom et prénom :	المستفيد من العلاجات		
Date de naissance :	الاسم العائلي والشخصي :		
N° CIN :	تاريخ الإزدياد :		
Sexe *:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	الجنس *: رقم بطاقة التعرف الوطنية :
INPE et code à barres **	الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
Type de soins	نوع العلاجات		
Admission ALD * :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن *:
N° dossier ALD :	رقم ملف المرض المزمن :		
Code ALD :	رمز المرض المزمن :		
Maladie* <input type="checkbox"/>	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة على	
Fait à :	ب	المعلومات المذكورة على	
Le :	في	بيان	
توقيع المؤمن له		توقيع و طبع الطبيب المعالج او وكيلاً عنه	
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et de Etablissement) ainsi que le code à barres.  
080 200 7200 / 080 203 3333 - تلفظ: ٠٨٠ ٢٠٠ ٧٢٠٠ / ٠٨٠ ٢٠٣ ٣٣٣٣ - الملف: ٢١٨٦ - العنوان: بـ. ٢١٨٦ - شارع الرشيد - حي العجمي - مدينة الكويت

وصف العمليات المحرّاة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورٌ Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
09 Janv 2023			200,50	DR. AL FATH Médecin Spécialiste Maladies Respiratoires Asthme - Allergies Enfants et Adultes
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1	10.11.09.882			

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورٌ Montant facturé
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور				
توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغورٌ Montant facturé
Dr. AL FATH Médecin Spécialiste Maladies Respiratoires Asthme - Allergies Enfants et Adultes	09 Janv 2023	842 F50		200,50
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1	10.11.09.882			

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورٌ Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/01/2023	606,60	Pharmacie AL FATH Dr. FAKHET Nassim Res. Tel: 05 30 30 21 20
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1	102112265	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**Dr. ATTAQ LATIFA**

Spécialiste en  
pneumophtisiologie  
allergologie

Adultes & Enfants



**الدكتورة لطيفة عتاق**

طبيبة متخصصة في الأمراض  
الصدرية و التنفسية  
مرض السل - مرض الربو  
ضيقه و الحساسية  
للكبار و الصغار

Témara, le 9/11/2023 تمارا، في

SK auré ABC

ABC

Vignette  
**FOSTER** فستار  
100/6 6/100  
mcg/dose ميكروغرام/جرعة  
PPV = 387DH00

ans un



6 118001 261253

387,00

1) Foster poudre

18.1 du

60,00

2) OraPrel dep

OraPred® 20 mg  
30 comprimés effervescents  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 241829

79,70

3) AZIX 9,500

79,90

1p

606,60

Pharmacie AL KHET

AZIX® 500 mg  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables  
6 118000 040941

Dr. ATTAAQ LATIFA  
Spécialiste en pneumophtisiologie et Allergies  
N° 101109882 - 06 62 26 22 17 - 05 37 1

ولي إدريس الأول المسيرة 1 (قبالة المقاطعة الثانية وفسيخ العصافير) بـ

Pharmacie AL KHET Nessim  
Nessim 30 30 21 20

Barcode: 8 032578 479515

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

DR ATTAQ LATIFA,

TEMARA LE 09 Janv 2023

FACTURE

JE Soussignée

certifie avoir réalisé à M

Sriani  
Abdelkhal

Dr. ATTAAQ LATIFA  
Medecin Spécialiste  
Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

UNE Consultation en pris de 250,00 DH  
Une Radiographie en pris de 200,00 DH

10.11.09.882

Dr. ATTAAQ LATIFA  
Medecin Spécialiste  
Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

AVENUE MOULAY DRISS | IMM 242 APP 3 MASSIRA 1

TEMARA

TEL 0537606052



**البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري**

**Relevé périodique des prestations AMO**

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06  
مرجع رقم : 610-2-06

صفحة 1 / 1

N° d'immatriculation	176440610	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du :	08/02/2023	: من
au :	08/02/2023	: إلى

**Destinataire**  
SRAIRI ABDELILAH

المرسل إليه

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أنسس 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
<b>SRAIRI ABDELILAH</b>											
105687880	09/01/2023	CS	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	250,00	75,00	1,00	1,00	75,00	95,00	08/02/2023	71,25
105687880	09/01/2023	T205	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	200,00	144,00	16,00	1,00	144,00	95,00	08/02/2023	136,80
105687880	09/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	606,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	08/02/2023	132,72
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					
<b>340,77</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 بالشغيب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



فدة بالاستلام  
ACCUSE DE RECEPTION

Réf : 610-2-102 مرجع رقم :



Code agence : 001369 رمز الوكالة :

Numéro dossier



105687880

رقم الملف

**Informations sur l'assuré**

Nom et prénom	SRAIRI ABDELILAH	الاسم العائلي والشخصي
N° d'immatriculation	176440610	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

**Informations sur le dossier**

Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT	نوع الملف
Date/heure de dépôt	27/01/2023 13:22	تاريخ ووقت الاداع
Date de soin	2023-01-09	تاريخ العلاج
Montant des frais de soins	1056.60 DHS	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.

معلومات عن المونى له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

معلومات عن الملف

نوع الملف
تاريخ ووقت الاداع
تاريخ العلاج
مبلغ تكاليف العلاج

سيدي، مسيدي،  
لقد توصلنا بملفك. نخبارك أنه سنت إهالته على مصالح الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل علاجك.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS),

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 CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-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 précisée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : [reclamation.pdcn@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcn@cnss.ma) ;
- Prendre attache 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

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

ou le portail des assurances

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

ou l'application mobile

[Ma CNSS](#)

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

إرجو زيارة موقعنا الإلكتروني.

أو الزيارة الإلكتروني للمونى لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

CABINET DE PNEUMATOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE  
Dr ATTAQ LATIFA  
[www.allergologieattaq.com](http://www.allergologieattaq.com)

Le: 09 Janv 2023

Nom et Prénom:

Slimane Aïdelle b.

RX DE THORAX DE : face en inspiration forcée

Culs de sacs costo-diaphragmatiques et cardio-phréniques: Ibs.

Silhouette cardio-vasculaire:

Volant et Conches

Mâles pulmonaires: R&E

Parenchyme pulmonaire:

Sur la 3<sup>e</sup> spéci R

Coupoles diaphragmatiques:

NP

Conclusion:

Dr. ATTAAQ LATIFA  
Médecin Spécialiste  
Maladies Respiratoires  
Asthme, Allergies,  
Enfants et Adultes