

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société : AL 337

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUDOU Rachid

Date de naissance : 3 - 4 - 1958

Adresse : Rue Abo Aoudou n 127 Bourgogne

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

### 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 :

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 également accepter la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : ..... / ..... / .....

### 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 - RADIGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

 الصندوق الاجتماعي لضمان الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :	
	Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
Nº d'immatriculation 161630549 Règlements de la période du : 15/11/2022 : من au : 15/11/2022 : إلى		<b>Destinataire</b> ABOUDOU ELENA		

Veuillez 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  
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنف	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة 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
<b>ABOUDOU ELENA</b>											
89368084	17/10/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	283,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	15/11/2022	198,10
89368084	17/10/2022	C		200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	15/11/2022	56,00
<b>Total remboursé</b>											<b>254,10</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>254,10</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 بالسيف الإلكتروني على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

0634096713

 الجهاز الاجتماعي Le devoir CNSB	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b>  *089368084*	<b>1maladie</b> تفبيـه Exécution *	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02	مرجع رقم Réf. ANAM : 12301
---	---	--	---	-------------------------------

N° Dos

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ABOUDOU MAIAZOTO BLENA** الاسم العائلي والشخصي :  
 N° Immatriculation : **11611630549** رقم التسجيل :  
 N° CIN : **BK101212495** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint  زوجEnfant  ابن

Adresse : **127 Rue Abou AlWaqit Res. Sakkat 1st flg Bourgogne**  
 Montant des frais : **483,20** درهم Dhs مبلغ المصروف :  
 Nombre de pièces jointes : **1** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **19/08/1960** تاريخ الازدياد :N° CIN: **BK09940E** رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

INPE et code à barres ..

**091163493**

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري ..

Médecin traitant  
الطبيب المعالجEtablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

نوع العلاجات

Hospitalisation  استشفاء Maternité  أمومة Accident  حادثة Maladie  مرض

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

أصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : **Casablanca**Fait à : **Casablanca**

في :

Le : **17/10/2022**Le : **17/10/2022**

في :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

**Aboudou**

توقيع وطابع الطبيب المعالج

Bachet et Bligny, Dr. TAHIR, Dr. Smail, Dr. Khaled

G7 Rue Bligny, Casablanca, Maroc

Signature : **Aboudou**

\* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الملة المناسبة

\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

المسندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من 2188 - الهاتف: 055 203 3333

CNSB - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2188 Casa Gare Téléphone : 055 203 3333

### 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.

### تَعْلِيمَاتٌ يُجَبِّ إِتْبَاعُهَا

## نقد ورقه العلاجات بالنسبة لكـل مرض ولـكل حدـث.

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 الشرطي للأدوية المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 التعرفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب المواقفة  
المسيقية.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي :

## الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

<b>توقيع وطابع الوكالة</b> <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	<b>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Réservé à la DAMO</b>
<b>Identification de l'agent :</b> .....	

52166899 Lat 594172 B.C. 4436

وصف العمليات المجرأة				
Description des actes effectués			توقيع وطابع الطبيب المعالج	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	Signature et cachet du Médecin traitant
17/10/2022		C	200 Dhs	Docteur TAHIRI Sotad Diabétologie G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf Bourgogne Casablanca Signature: Tahirii
INPE et code à Barres 091163493				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين						
Actes Paramédicaux						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1						
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحيائية، الأشعة والصور Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogliste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ الصنفية Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 02192014465232	INPE et code à Barres 02192014465232	INPE et code à Barres 02192014465232
INPE et code à Barres 02192014465232		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Docteur TAHIRI Souad

Diplômée de l'Université de Montpellier  
Médecine Générale  
Echographie - Diabétologie  
Diététique Médicale - Médecine du travail

الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مونبليي  
الطب العام

الشخص بالصدى - مرض السكري  
الحماية الطبيعية - طب المسن

Casablanca, le :

17/10/2002

PHARMACIE MARINA  
Sofia KOUHÉA  
54, Rue Ibnou Tahir (EX Tarave)  
Bourgogne - Casablanca  
Tél. : 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

Alme

ABouelos Nasato Elma

18.70 AZIX 500 mg 30/30

18.20 AZIX 500 mg 30/30

30/30 5 mls

Sept 1 mois

125.30 Vaxigrip TETR

283.20



Docteur TAHIRI Souad  
Diabétologie  
G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf  
Bourgogne Casablanca

Tahiri

PHARMACIE MARINA  
Sofia KOUHÉA  
54, Rue Ibnou Tahir (EX Tarave)  
Bourgogne - Casablanca  
Tél. : 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

112، مجموعة 7 - زنقة أبو الوقت خلف - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 87 38

112, G 7 - Rue Abou Alwaqt Khalaf - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 05 22 36 87 38