

# 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.

M23-002424

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : Royal Air Maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 164532  
 Nom & Prénom : BENBILY Tijani  
 Date de naissance : 13-03-1946  
 Adresse : B.P 213  
 Tél. : 0661316261 Total des frais engagés : 51.000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*complètement tâché*

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Comptoir  Enfant

Nature de la maladie : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : El Hajeb

Signature de l'adhérent(s) : [Signature]

Le : 03/06/2023

## 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

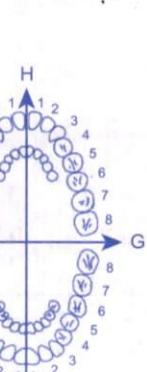
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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 de 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 وطلب الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée : .....
Date de dépôt du dossier : .....	تاريخ الإيداع : .....

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التغزيفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب المعاقة 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 وكل ما يسبق ذكره.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	Ministère de la Sécurité Sociale Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Feuille de Soins Maladie	موافقة مسبقة *	تفيد *
Le devoir de vous protéger	Entente préalable *	Exécution *

Ref: ANAM 1.0.01  
Ref: ANAM 1.0.01

N° Dossier :

## Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : .....  
الرقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : .....  
العنوان : .....  
مبلغ المصاريق : .....  
عدد الوثائق المرفقة : .....  
تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : .....  
تاريخ الإيداع : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
الجنس : .....  
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق : .....

Montant des frais : ..... Dhs

Nombre de pièces jointes : .....  
Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : .....  
N° CIN: .....  
Sexe\* : M  ذكر F  أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant .....  
الطبيب المعالج .....  
131258139

Etablissement de soins .....  
المؤسسة العلاجية .....  
131258139

نوع العلاجات\* .....  
Hospitalisation  استشارة  Maternité  Amoëme  Accident  حادثة  Maladie  مرض

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

Fait à : .....  
Le : .....  
في : .....  
توقيع المؤمن له .....  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : .....  
Le : .....  
في : .....  
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية .....  
Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

Dr. DRADEK CARDIOLOGUE

Place 2 Septembre, Rés. Ennakhil

3<sup>ème</sup> Etage, N° 10 - Meknès

\*\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء مربى 2186 - المكتب البريدي 3333 - CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casablanca Téléphone : 080 203 3333

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
04.04.23	CS + EcG de repas		300,000 H	Dr. DRAOUI KHALID CARDIOLOGUE Place 2 Septembre 1955 3 <sup>me</sup> Etage, N° 10 - Rés. Ennakhil Tél : 05.35.51.00.50	
INPE et code à Barres					131258139
INPE et code à Barres					131258139

CIM-10

العمليات 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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					131258139
INPE et code à Barres					131258139

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					131258139
INPE et code à Barres					131258139

جد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزمعة				
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis				
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النوع المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron الجهزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
04/04/2023	639,60	Pharmacie Nouveauté Mme DOUNYA MOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél : 05 35 54 30 38		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

6001091818271 NNP  
ANM 44-2000010001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

6001091818271 NNP  
ANM 44-2000010001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

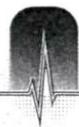
6001091818271 NNP  
ANM 44-2000010001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

V140977/01

\* VIGNETTE  
**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50



## CARDIOLOGUE

Université de Liège - Belgique

Consultation | Echocardiographie | Electrocardiogramme

Test d'effort | Holter de rythme cardiaque | Holter de pression artérielle

Echographie de stress | Echographie par voie oesophagienne | Contrôle de Pacemaker

Meknès, le 4/4/03

R~ NAIM NAIMA (épouse BENBIBHI) 4/4

184,00x3

① Isiplexam 10/2,5/10mg

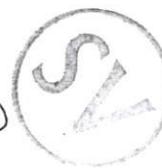
1/j ~tr (Traitement de 3 mois)

87,60

② Nebulet 5mg

1/4 1/j ~tr (1 Boîte)

639,60

Dr. DRAOUI KHALID  
CARDIOLOGUEPlace 2 Septembre, Rés. Ennakhil  
3<sup>ème</sup> Etage, N° 10 - Meknès  
Tél : 05.35.51.00.50

Pharmacie AL DUNYA

Mme DOUNYA MOHATTANE

42, Avenue Hassan II

El Hajeb

Tél. : 05 35 54 30 38



131258139 ساحة 2 شتير، إقامة النخيل الطابق الثالث رقم 10 - مكناس ( أمام القصر البلدي )

Place 2 septembre, Rés. Ennakhil, 3<sup>ème</sup> Etage N° 10 - Meknès (en face du palais municipal)

cardiologiemeknes@gmail.com - Tél.: 05 35 51 00 50 - INPE : 131 258 139

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

Emis à : CASABLANCA  
Le : 19/04/2023

أصدر ب :  
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 143641217 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 18/04/2023 : من  
au : 18/04/2023 : إلى

Destinataire

NAIMA NAIM

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	ناريع العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	ناريع ارسال 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>NAIMA NAIM</b>											
112388754	04/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	639,50 X	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/04/2023	61,25
112388754	04/04/2023	CSC	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	300,00 X	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/04/2023	175,00
112388753	04/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D	512,00	0,00	1,00	12,00	0,00	0,00	18/04/2023	304,08
112388753	04/04/2023	B	ANALYSES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES	675,00	660,00	600,00	1,00	660,00	70,00	18/04/2023	462,00
112388753	04/04/2023	CS	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/04/2023	105,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					
<b>1107,33</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