

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaracion de Maladie

N° W21-805471

Maladie Dentaire Optique Autres
 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : BENSIHI TIJANI
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

M^a decopta
164518

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : NAIMA NAÏM 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) :



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 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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات والنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

يجب كتابة الأسماء الكاملة للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الأخرى إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف ثمانية 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 التصرفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الآخطار 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.

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

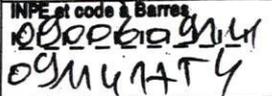
<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإقليمي Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent</p>	<p>Date d'arrivée: _____</p>
<p>Date de dépôt du dossier: _____</p>	<p>تاريخ الإيداع: _____</p>

Complémentaire

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإقليمي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 810-1-02</p>
<p>N° Dossier : _____</p>		<p>اص بالمؤمن له (أ)ها</p>
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>Nom et prénom : NAIMA NAÏMA (El BENEH)</p>		<p>م العائلي والشخصي : _____</p>
<p>N° Immatriculation : 141431614121171</p>		<p>التسجيل : _____</p>
<p>N° CIN : _____</p>		<p>بطاقة التعريف الوطنية : 1_1_B_4_0_9_7_2</p>
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		<p>العلاقة بين المستفيد والمؤمن له (أ)ها : _____</p>
<p>Adresse : BP 213 51000 El Hajeb</p>		<p>وان : _____</p>
<p>Montant des frais : _____ Dhs</p>		<p>لغ المصاريف : _____</p>
<p>Nombre de pièces jointes : _____</p>		<p>د الوثائق المرفقة : _____</p>
<p>Déclaration du médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		<p>ريج الطبيب المعالج مستفيد من العلاجات</p>
<p>Nom et prénom : NAÏMA NAÏMA</p>		<p>م العائلي والشخصي : _____</p>
<p>Date de naissance : _____</p>		<p>تاريخ الأزيد : _____</p>
<p>N° CIN : B110982</p>		<p>بطاقة التعريف الوطنية : _____</p>
<p>Sexe : M</p>		<p>جنس : _____</p>
<p>INPE et code à barres : _____</p>		<p>م الوطني الاستدالي والرمز الملتصق : 092060914</p>
<p>Médecin traitant</p> <p>DR ZIDI</p> <p>الطبيب المعالج</p>		<p>المرجع : 092060914</p>
<p>Type de soins :</p> <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض <input checked="" type="checkbox"/></p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant</p> <p>في : 14/11/2023</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		<p>Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus</p> <p>في : 24/11/2023</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins</p>

- 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة الدكتور - الدار البيضاء - 2106 الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 333 000
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2106 Cas. G. Cas. G. - Tél: 05 22 33 49 89 / Fax: 05 22 33 49 89

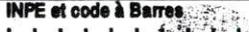
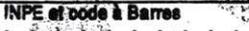
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب المعالج Signature et cachet du Médecin	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
04.10.2022		(S+C)	200,00	<p>ACCTEIL</p> <p>CLINIQUE NOUR OPHTHALMOLOGIE</p> <p>28, Angle des Palmiers et Route des Facultés - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87</p> <p>DR ZIDI Mohamed</p> <p>CLINIQUE NOUR OPHTHALMOLOGIE</p> <p>28, Angle des Palmiers et Route des Facultés - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87</p>	
INPE et code à Barres					
					
INPE et code à Barres					
					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
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						
						
INPE et code à Barres						
						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات 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 الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
05/10/22	oct Maculaire		2200		
INPE et code à Barres					
					
INPE et code à Barres					
					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			بره الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الأمم المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
				
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



Casablanca, le 12/10/2022 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإلجباري

CLINIQUE NOUR D OPHTALMOLOGIE
25 RTE DES FACULTES
(EX RTE EL JADIDA)

20000 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 143641217

Nom et prénom de l'assuré : NAIMA NAIM
R3103

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998529418 , reçu le 10/10/2022, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل برقم 998529418
والذي وافيتمونا به بتاريخ 10/10/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire	NAIMA NAIM
L'établissement	090060914
Le montant	4550,00Dhs
La validité de prise en charge	du 11/10/2022 au 10/11/2022

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO

S/R:

S/R:

S/R:



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •

Code clinique : 090060914

F A C T U R E

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

CNSS	Réf facture N°	6291/ 2022	Date : 18/10/2022
------	----------------	------------	-------------------

Nom du patient	Date Entrée	Date Sortie
Mme NAIM NAIMA	18/10/2022	18/10/2022

Nom adhérent	NAIM NAIMA	
Numéro Immatriculation	143641217	
Lien de parenté	Elle-même	
Numéro affiliation		
Références prise en charge	998529418	B40972
Cotation	K130	

Prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CATARACTE	1,00	F	8 500,00 DH	8 500,00 DH
			Total Facture	8 500,00 DH
			Part organisme	4 550,00 DH
			Part adhérent	950,00 DH

Arrêté à la somme de HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Notre compte bancaire :



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E. : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات - الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG : الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روم م ص ، 090060914 • البانتا ، 34751148 • تاج ، 40143077 • ص و ض ج ، 8282733 • م . م . ش ، 002209107000090 • التجاري و افا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

Payé en Espèces



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

PART ADHERENT

Numéro Facture	Date facture	Nom du patient	Période hospitalisation	
			Début	Fin
6291 / 2022	18/10/2022	Mme NAIM NAIMA	18/10/2022	18/10/2022

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CATARACTE	F	1,00	3 950,00 DH	3 950,00 DH
TOTAL CLINIQUE				3 950,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme d

TROIS MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS

TOTAL PART ADHERENT 3 950,00 DH

Montant pris en charge (dhs) 4 550,00 DH

Montant adhérent (dhs) 3 950,00 DH

Payé en Espèces

0,00 DH



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات . الوازيس - الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 23 49 89 LG : الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روم م ص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ص ج : 8282733 • م . م . ش : 002209107000090 • التجاري و افا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •

lundi 10 octobre 2022

Je soussigné, Docteur ZIDI Mohamed certifié que Mme NAIM Naima sera opéré d'une cataracte de OG par phacoémulsification avec ICP s/AL =Kc 130

Certificat médical est remis en propre pour faire valoir ce que de droit.

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés, Oasis - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 87 LG / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914



Casablanca, le 12/10/2022 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE NOUR D OPHTALMOLOGIE
25 RTE DES FACULTES
(EX RTE EL JADIDA)
20000 CASABLANCA

CNSS

998529418

AMO



Réf : N° d'immatriculation 143641217

Nom et prénom de l'assuré : NAIMA NAIM
R3103

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998529418 , reçu le 10/10/2022, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998529418
والذي وافقتمونا به بتاريخ 10/10/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

NAIMA NAIM
090060914
4550,00Dhs
du 11/10/2022 au 10/11/2022

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO

S/R:

S/R:

S/R: