

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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 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



Declaration 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

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 :
 Signature de l'adhérent(e) :
 R Le ACCUEIL



s à suivre

feuille de soins par personne et par

le soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
es médicales, factures,...).

: prénom de la personne soignée
: portés par les praticiens eux mêmes
feuille de soins.

ances transmises doivent être
ées des codes à barres des
ts achetés.

de soins ainsi que les pièces
s doivent être présentées à la CNSS
ux mois qui suivent le premier acte
uf s'il y a traitement médical continu.
nier cas, le dossier doit être présenté
xante (60) jours qui suivent la fin du

urserment des frais engagés sera
la base de la tarification nationale de

restations ne peuvent donner lieu au
nent que suite à accord préalable.
es dernières est disponible auprès de
au CNSS.

s liés aux accidents du travail et
rofessionnelles ne sont pas couverts.

onne coupable de fraude ou de fausse
pour obtenir des prestations qui ne
es, est passible des sanctions légales
itaires.

n de remboursement prise par la
ubordonnée au respect des conditions
ires 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 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 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 و الأمراض 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 MOROC 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>Ref: 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>	
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>الاسم العائلي والشخصي : NAIM NAIMA (C) BENBIHI</p>				
<p>رقم التسجيل : 143641217</p>				
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11B409712</p>				
<p>N° CIN :</p>				
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</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>العنوان : BP 213 51000</p>				
<p>Montant des frais : Dhs</p>				
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>				
<p>تصريح الطبيب المعالج</p>				
<p>المستفيد من العلاجات</p>				
<p>الاسم العائلي والشخصي : NAIM NAIMA</p>				
<p>Date de naissance : 1948</p>				
<p>N° CIN : 143641217</p>				
<p>Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/></p>				
<p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant</p>				
<p>Etablissement de soins</p>				
<p>نوع العلاجات *</p>				
<p>Type de soins *</p>				
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/></p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>				
<p>Fait à : 11/11/11</p>				
<p>Le : 11/11/11</p>				
<p>توقيع المؤمن له</p>				
<p>Signature de l'assuré(e)</p>				
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>				
<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>				

توقيع وطابع الوكالة

achat et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

de l'agent :

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Case Gare T614phone : 080 203 3333

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 الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin	
04.10.2022		CS+CR	200,00	<p>ACCUEIL</p> <p>CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE</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 D'OPHTALMOLOGIE</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					
<p>000060914</p> <p>09141474</p>					
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 والتصوير	
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	
05/10/22	oct M	Aculeine	1200	<p>ACCUEIL</p> <p>CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE</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 D'OPHTALMOLOGIE</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					
<p>0199969744</p>					
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	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
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 الإجباري

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 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
الأجل 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
Cotation K130

B40972

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					3 950,00 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

28. 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 ض ج ، 8282733 • م . م . ش ، 002209107000090 • التجاري و افنا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



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 • تج : 40143077 • ص.وض.ج : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • التجاري واهنا 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

CNSS

998529418

AMO



Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

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 رقم 998529418
والذي وافقتمونا به بتاريخ 10/10/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire

NAIMA NAIM

المستفيد

L'établissement

090060914

المؤسسة العلاجية

Le montant

4550,00Dhs

المبلغ

La validité de prise en charge

du 11/10/2022 au 10/11/2022

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
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez 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: