

# 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.

M22- 0013095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09221

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/10/1956

Adresse : RES RAI RTE EL JADIDA N° 233 CASABLANCA

Tél. : 061 202314

Total des frais engagés : Voir dossier CNSS 410 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GARNOUSSI NEZHA

Age : 48 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Voir dossier CNSS ANO

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 19/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

2019

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 Coefficients	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D 00000000	G B

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصف العمليات المجرأة					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
21/05/23			9	150h	<i>Dr. CHAOUI Salah Eddeine 444 Av Mokhtar Soussej (EX Av B) Hay Aïcha Tunis 1007</i>
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

CIM - 10

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 المفوت 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				
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 Biologiste
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/05/23	99,95	<i>pharmacie Hinda Rue de El Jadida 100 Route de El Jadida Casablanca 022 92 21 76</i>
INPE 092042753		
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

## 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.

<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>	<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>
--	--

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

## Instructions à suivre

Offrir 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.

<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>	<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>
--	--

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>	<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>
--	--

Date d'arrivée : .....

Date d'arrivée : .....

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b>	<b>Feuille de Soins Maladie</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b>
<b>Le devoir de vous protéger</b>	<b>مرافقة مسبقة *</b> Entente préalable *	<b>تنفيذ *</b> Exécution *	<b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>
			<b>Réf. - 610-1-02</b>
			<b>مرجع رقم</b>
			<b>RÉF. ANAM : 12.01.01</b>

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **GARNOUSSI NEZHA**  
N° Immatriculation : **1161613113116161**  
N° CIN : **1472915151**  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  
Adresse : **RES RAM RUE EL JADIDA 102 233 CASABLANCA**  
Montant des frais : **372,20** Dhs.

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : **GARNOUSSI NEZHA**  
Nom et prénom : **GARNOUSSI NEZHA**  
Date de naissance : **1472915151**  
N° CIN : **1472915151**  
Sexe : **M** ذكر **F** أنثى  
INPE et code à Barres : **121112412378**

Médecin traitant **Dr. CHAOUI Salah Eddine**  
Etablissement de soins **Casablanca**  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation  إستشفاء  Maternité  نوممة  Accident  حادثة  Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
أشهد بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
المعلومات المذكورة أعلاه  
البيانات المذكورة أعلاه

A : **Dr. CHAOUI Salah Eddine**  
B : **243+203333**  
Le : **1472915151**  
Signature de l'assuré(e) **Signature de l'assuré(e)**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توكيل الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

Fait à : **Dr. CHAOUI Salah Eddine**  
Le : **243+203333**  
Signature de l'assuré(e) **Signature de l'assuré(e)**

\*\* Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار، الدار البيضاء، ص 2186 - الهاتف: 080 203 3333 - CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

\* لأشطب الخلية المناسبة

Docteur CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

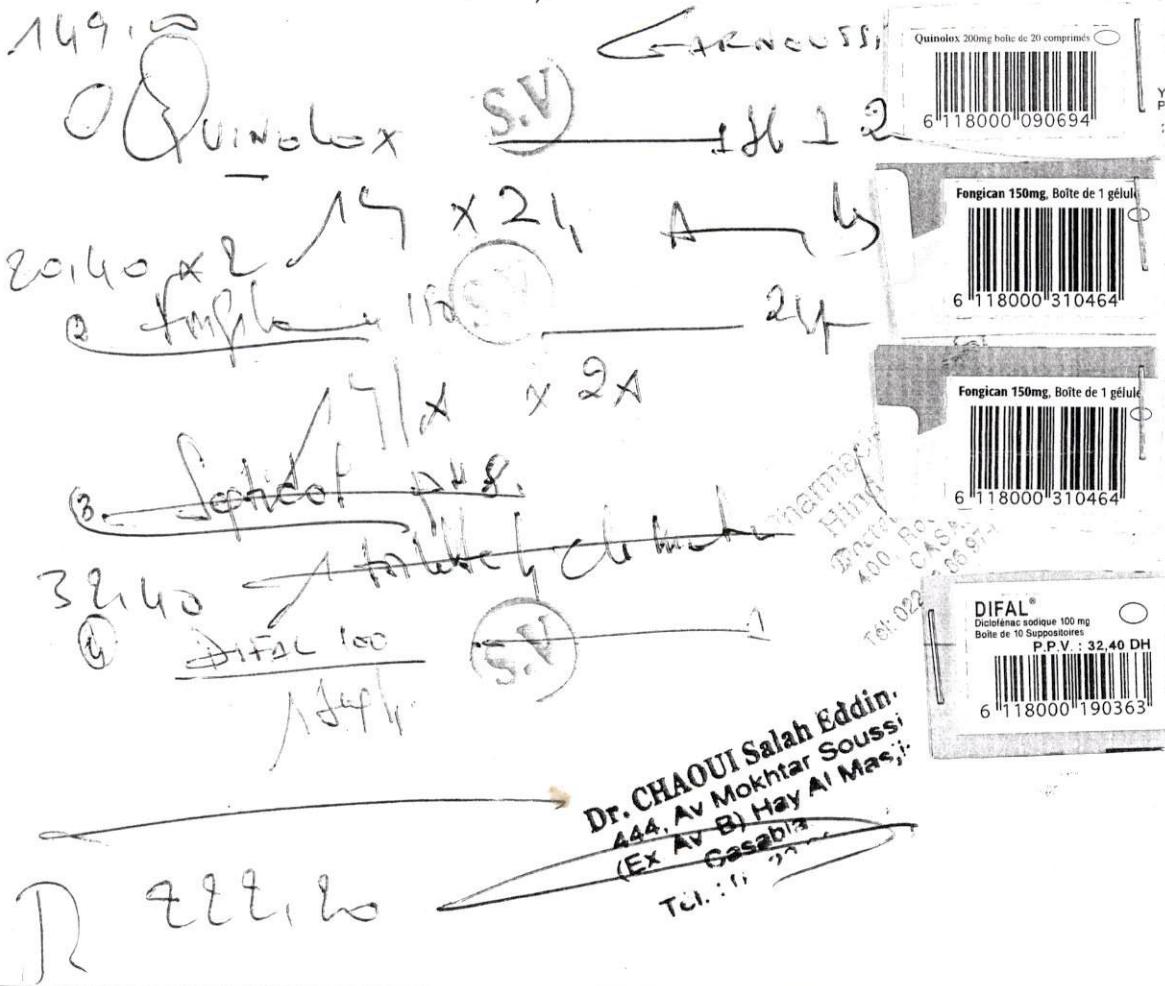
حاائز على شهادة الفحص بالصدى

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبير محقق لدى المحاكم

Casablanca, le 21/05/2023 الدار البيضاء، في



شارع المختار السوسي (مسجد السنة) فوق صيدلية المسجد - الدار البيضاء  
447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid  
Casablanca - Tél : 0522 28 16 56 الهاتف:



**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

	Emis à : CASABLANCA Le : 05/06/2023	اصدر ب : بتاريخ : / /	Page 1 / 1
<b>Destinataire</b>			<b>المرسل إليه</b>

N° d'immatriculation 166313166 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 02/06/2023 من  
au : 02/06/2023 إلى

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	ال العمليات	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>GARNOUSSI NEZHA</b>											
130525837	20/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	222,20	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	02/06/2023	155,54
130525837	20/05/2023	C		150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	02/06/2023	56,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 بالجحيب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام