

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
**11361**

Société :  
**RIAT**

Matricule :  
**11361**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :  
**Zoubir Zineb**

Date de naissance :  
**03.06.75**

Adresse :  
**31 Rue 147 groupe H oufis**

Tél. :  
**0661**

Total des frais engagés :  
**A 30088 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**SITARY SAID**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 :  
**Casab**

Le :  
**31/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
				INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

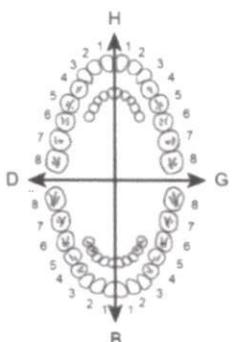
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

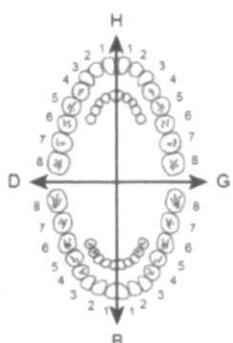
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

COUVERTURE  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le soins par personne et par

doit être accompagnée de justificatives originales ales, factures, ...).

n de la personne soignée par les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être s codes à barres des

ins ainsi que les pièces t être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte traitement médical continu. le dossier doit être présenté 10 jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera le la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au suite à accord préalable. res est disponible auprès de

ix accidents du travail et elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse tenir des prestations qui ne assible des sanctions légales

nboursement prise par la ée au respect des conditions ce qui précède.

توقيع وطابع الوك signature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسقبة.

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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

 الضمان الاجتماعي النظام العام CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة *	<input type="checkbox"/> تفبي *	<input type="checkbox"/> Réf. ANAM : 610-1-02
<input type="checkbox"/> Entente préalable *	<input type="checkbox"/> Exécution *	مرجع رقم

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SITARY SNAID

N° Immatriculation : 1101297141146

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

Montant des frais :

1641,85 درهم Dhs

Nombre de pièces jointes :

05

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SITARY SNAID

Date de naissance :

21/07/1979

N° CIN:

BE54623H

Sexe\* :

M  ذكر

F  أنثى

INPE et code à barres \*\*

<p>Medecin traitant الطبيب المعالج</p> <p><u>9</u></p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p> <p><i>Emain 20120520035345 Etablissement de soins Signature de l'Etablissement de soins</i></p>
--	--

Type de soins\*

Hospitalisation  استشفاء  أمنومة  حادثة  Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à :

Le : 11/01/2014 في : Oran

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)  
SITARY

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : 11/01/2014 في : Oran

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أصر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

بـ:

في :



**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  
مراجع رقم : 610-2-06

صفحة 1 / 1

N° d'immatriculation	Emis à :	CASABLANCA	أصدر ب :	Page
Règlements de la période	Le :	27/06/2023	بتاريخ :	الصفحة
N° d'immatriculation	102974146	رقم التسجيل	Destinataire	المرسل إليه
Règlements de la période	du : 27/06/2023 au : 27/06/2023	أداءات الفترة من إلى	SITARY SAID	

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	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
SITARY SAID											
70547693	12/06/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES Clinique Privée	142,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	27/06/2023	99,40
70547693	12/06/2023	K101		1499,35	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	27/06/2023	700,00
<b>Total remboursé</b>											<b>799,40</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>799,40</b>

- Sauf erreur ou omission

ـ 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 بالجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
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	
12/06/2023	82810	005 facture N° 82810	1490,35	BP	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres							
INPE et code à Barres							

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						الأشعة والصور Radiographies et images
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / MABM	المبلغ المفوت Montant facturé	Signature et Cachet du Pi Biologiste		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	صيغ أو مكون التجهيزات الطبية المهمونة Composition ou constituant des équipements médicaux démontables	
12/06/23	142_60		
INPE et code à Barres			INPE et code à Barres
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	Pr

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID****F A C T U R E**N° **82 810 / 2023** du **12/06/2023**Nom patient : **SITARY SAID**Entrée **12/06/2023**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **12/06/2023**

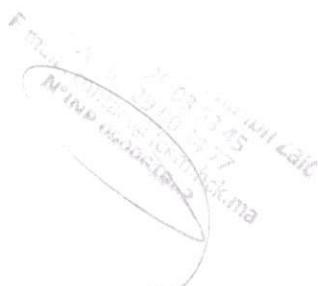
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CYSTOSCOPIE	1,00		1 500,00	1 500,00
ANESTHESIE EN SUS D'UN ACTE	1,00		300,00	300,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 800,00</b>
PHARMACIE (en sus)	1,00		299,35	299,35
			<b>Sous-Total</b>	<b>299,35</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 099,35</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
PR. MOUSSAAB RACHID (urologie)	1,00		-600,00	-600,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>-600,00</b>
<b>Total prestations externes</b>				<b>-600,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX-NEUF DIRHAMS TRENTÉ-CINQ CENTIMES

**Total** **1 499,35**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 499,35	1 499,35	0,00



# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 12/06/2023

Mrs. Sivany Said

1) Spectrum 500mg  
 $\lambda 31.6^\circ$   
 $1g + 2\frac{1}{3} g \text{ of } 8j$

2) Dolstop 1g  
 $\lambda 10.6^\circ$   
 $1g + 3\frac{1}{3} g \text{ s: douleur}$

~~$\lambda = 142.2^\circ$~~

**Spectrum® 500mg**  
Ciprofloxacin 20 Comprimés  
  
6 118000 081937

**Dolostop® 1000mg**  
Boîte de 8 comprimés  
  
6 118000 09

*Fransiskus Xaverius Kholis*  
Fransiskus Xaverius Kholis  
Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
**Tél :** +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**