

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <b>5182</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>SHAMI Fatima</b>
Nom & Prénom :		<b>A 7014</b>	
Date de naissance :		<b>01-01-58</b>	
Adresse :		<b>R. SAMIA, Angle RIBNOU KALAKIS, 130 Bd. Bougafia, CASA</b>	
Tél. :		<b>0605904320</b>	
Total des frais engagés : <b>533,3 DH</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<b>/ /</b>		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **OUAGA** 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 médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

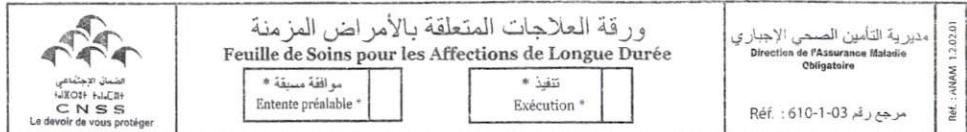
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un 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.



Cocher la mention utile pour chaque page

Cochez l'mention utile pour chaque case

Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé) et l'imprimer sur une feuille à code à barres.

دار الموسى - ٢٠٢٣ - الفاتح - ١٤٤٤ | جميع الحقوق محفوظة © ٠٨٥٠ ٢٠٣ ٣٣٣ ٧٢٠٠ / ٠٨٥٠ ٢٠٣ ٣٣٣

Maison de l'Amur - Place de DAKAR - Casablanca-B P. 2116 Casa Gare Téléphone 05-72-700-7200 - 080-203-22-22

— 37.8 GJ

Figure 1. A photograph of the head of a female *Leucostethus williamsi* showing the dorsal view of the head and the ventral view of the chin.

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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
DR BENAHOU 23			C	150,00
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 المفoter Montant facturé	توقيع و طابع 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 المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع 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 و التجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
30/03/23	383,30	
INPE et code à Barres		092012293
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

Dr. Rachida Bengadi Benwahoud دكتورة بنوحود بنكري شيدة

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté Mohamm-d V

Medecine du Travail

D.U en diététique à la Faculté  
de Medecine de Montpellier

الطب العام

خريجة كلية محمد الخامس بالرباط

طبيبة الشفاف

مختصة بالحمى والسمنة

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le 30/03/2023 الدار البيضا، في

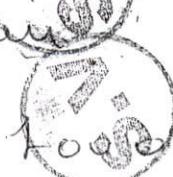
ORDONNANCE

40,00 X3

H. K. H. S. M. A. N.  
Mohamed

10) glenme 1 mg = 3

1 ip R melius



20) 28,00 X6 glu w phaf 10 mg = 6

1 ip d 28

20,00 X3

30) Fehes kawashim 3

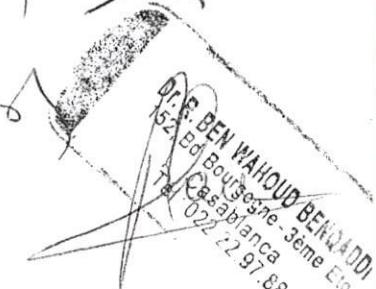


1 tablet

35,3-

383,5

40) - Bou leu  
Dr. R. BEN WAHOUD BENWAHOU  
152, Bd Bourgogne - 3ème Etage  
Casablanca  
Tél: 022.22.97.88



شارع بورگون، الطابق الثالث - الدار البيضا  
الماءف : 022.22.97.88

**LEMA® 2 mg**

mépride  
30 comprimés



**LEMA® 2 mg**

mépride  
30 comprimés



**LEMA® 2 mg**

mépride  
30 comprimés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



BRUFEN® 400 mg Ibouprofène

30 Comprimés pelliculés



**FEBREX® Adulte Sans Sucre**

6 118000 310631

**FEBREX® Adulte Sans Sucre**

6 118000 310631

**FEBREX® Adulte Sans Sucre**

6 118000 310631

**BRUFEN®**

400 mg Ibouprofène

30 Comprimés pelliculés



000159689151

 <b>الجهاز الاجتماعي للضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		<b> مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>Réf. : 610-2-06</b> <b>مرجع رقم :</b> <b>صفحة 1 / 1</b>
	<b>Emis à :</b> <b>CASABLANCA</b> <b>Le :</b> <b>03/05/2023</b>	<b>أصدر ب :</b> <b> بتاريخ :</b> <b>Destinataire</b> <b>KSAR MOHAMED</b>	<b>المرسل إليه</b>
<b>N° d'immatriculation</b> <b>159689128</b> <b>رèglements de la période</b> <b>du : 03/05/2023</b> <b>au : 03/05/2023</b>	<b>نº de inscripción</b> <b>159689128</b> <b>Reglamentos de la periodo</b> <b>du : 03/05/2023</b> <b>al : 03/05/2023</b>	<b>نº de inscripción</b> <b>159689128</b> <b>Reglamentos de la periodo</b> <b>du : 03/05/2023</b> <b>al : 03/05/2023</b>	

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	إجمالي التعويض	نسبة التعويض	تاريخ 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
KSAR MOHAMED											
114701958	15/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OPHTALMOLOGIE	386,20	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	03/05/2023	270,34
114701958	15/03/2023	CG	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	03/05/2023	0,00
114701957	30/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	383,30	0,00	1,00	13,00	0,00	0,00	03/05/2023	195,30
114701957	30/03/2023	C		150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	03/05/2023	56,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الإجمالي</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 بالموصي الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 07: 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 07  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02\_28.03.2018