

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846

Société : RAN

172743

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : R-HA ZOUANI MEY EL MAHFOUN

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : CITE' ANDALOUSIA 20083 API 8 Boulevard

ANOUAL CASA BLANCA

Tél. : 0661462619

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUTuelle Complémentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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 - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                 |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow at the top center points upwards, and a horizontal arrow at the bottom center points to the right. The numbers are arranged as follows: upper arch teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

0661462619

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 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

بجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

بجب 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعرفة 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كانب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعریض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهین باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذکر.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent: .....

Date de dépôt du dossier: .....

تاريخ الاستلام: .....

تاريخ الإيداع: .....

Date d'arrivée: .....

|  |   |           |
|--|---|-----------|
|  | ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة |           |
| Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée |   |           |
| مراقبة مسبقة*  |   | تفعيل*    |
| Entente préalable                                    |   | Exécution |
| Réf. - 610-1-03                                      |   |           |

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم: 610-1-03

REF. ANAM : 1.2.92.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ZOHRY FATIMA

N° Immatriculation : 149124591815

N° CIN :

149124591815

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse :

Cité Andalousia Inn 83 Apt 8 BD ANOUAL CASA

Montant des frais :

4.25, 40 درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

6

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Zohry Fatima

Date de naissance :

14/09/1971

N° CIN :

149124591815

Sexe\* :

M  ذكر

F  أنثى

INPE et code à Barres\*\*

149124591815

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD\* :

oui

N° dossier ALD :

Non

Code ALD :

149124591815

Maladie\*  مرض\*

Hospitalisation\*  استشفاء\*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

ب:

Le : 14/09/2023

في:

توقيع المؤمن له

ج:

Signature de l'assuré(e)

أصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

ب: Casablanca

في: 14/09/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Dr. Miloud KASSIOUI

CABINET DE CARDIOLOGIE

2016 Casablanca

دار المولود كاسيوبي طب افاف

76105224572000

\* 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

080 200 7200 / 080 203 3333 - 2186 - المدار البيضاوي المحطة - الهاتف: 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري



Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. 2610-2-06  
مراجع رقم



Emis à : CASABLANCA  
Le : 08/08/2023

أصدر ب :  
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192159815  
Règlements de la période  
du : 08/08/2023 : من  
au : 08/08/2023 : إلى

المرسل إليه

ZOHRY FATIMA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au 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 المصحنة          | 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 |
| ZOHRY FATIMA                   |               |          |                        |                       |                    |                       |          |                       |                         |                          |                   |
| 80431411                       | 11/07/2023    | CSC      | CARDIOLOGIE            | 300,00                | 250,00             | 1,00                  | 1,00     | 250,00                | 70,00                   | 07/08/2023               | 175,00            |
| 80431411                       | 11/07/2023    | PH       | PHARMACIES D OFFICINES | 125,00                | 0,00               | 1,00                  | 3,00     | 0,00                  | 0,00                    | 07/08/2023               | 63,00             |
| <b>Total remboursé</b>         |               |          |                        |                       |                    | مجموع مبلغ التعويض    |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>Total général remboursé</b> |               |          |                        |                       |                    | مبلغ التعويض الاجمالي |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>238,00</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

للزيد من المعلومات :  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
او البوابة الإلكترونية للمؤمن له  
او تطبيق الهاتف  
او الاتصال بالهاتف الآلي على الرقم  
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

| Description des actes effectués  |                                |   |                                  |  | وصف العمليات المجرأة |
|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation NGAP | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet du Médecin<br>traitant   |                      |
| 11.7.2023                        | GP/07/2023                     |   | 300.00                           | Dr. MELOUK KASSOURI<br>CABINET DE CARDIOLOGIE<br>52, Bd Med. V. Desarzens Tis 39<br>2ème Etage - CASABLANCA<br>Tél: 0522450243/41 - Fax 0522450239 |                      |
| INPE et code à Barres            |                                |   |                                  |  |                      |
| 11111111111111111111             |                                |   |                                  |  |                      |
| INPE et code à Barres            |                                |   |                                  |  |                      |
| 11111111111111111111             |                                |   |                                  |  |                      |

| CIM - 10              |              |              |                |                            |              | المعلومات المساعدة الطبية |                                    |
|-----------------------|--------------|--------------|----------------|----------------------------|--------------|---------------------------|------------------------------------|
| Date des actes        | نوع العمليات | رمز العمليات | Code des actes | معامل العمليات             | عدد العمليات | المبلغ المفوت             | توقيع وطابع المساعد الطبي          |
|                       |              |              |                | Lettre clé + cotation NGAP | Nbre d'actes | Montant facturé           | 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 |                                |   |                                     |  |  | العمليات الإلحياء. الأشعة والصور |
|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation<br>NGAP / NABM | المبلغ المفوت<br>Montant<br>facturé | توقيع طبيب الأشعة أو الإلحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biogiste |  |                                  |
|   |                                |   |                                     |  |  |                                  |
| INPE et code à Barres<br>_____            |                                |   |                                     |  |  |                                  |
|   |                                |   |                                     |  |  |                                  |
| INPE et code à Barres<br>_____            |                                |   |                                     |  |  |                                  |

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممومنة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                 | الثمن المفوت<br>Prix facturé | وقبعة وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات<br>الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux   |
|---|------------------------------|---|
| 11/07/2023  | 125.40                       | <br><b>PHARMACIE AL-SIKHA</b><br>No. 4, Rue Abdessalam Al-Babssi E 74<br>Casablanca, Casablanca<br>Tel. : 05 22 593 20<br>Fax. : 05 22 593 54<br>I.C.P. : 000702500000074<br>INPE : 092086933 - F. : 40396141 |
| INPE et code à Barres<br><b>092086933</b>         |                              |   |
| INPE et code à Barres<br><br>11111111111111111111 |                              |   |

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |            |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|   |               |          |            |

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V:41DH80  
0  
LOT:22E010  
PER: 10 2025  
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V:41DH80  
0  
LOT:22E010  
PER: 10 2025  
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V:41DH80  
0  
LOT:22E010  
PER: 10 2025  
6 118000 010227

# CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr. Miloud KASSIOUI  
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Angers (France)  
Ancien attaché des Hôpitaux de la Loire  
Ex. Médecin Cardiologue à l'Hôpital Sidi Soufi Casablanca



PHARMACIE ASKIA  
Dr. MSIK  
Résidence Andalouza Casablanca  
N° 4, Cité Plateau Casablanca  
Tél. : 05 22 45 02 39  
Fax : 05 22 45 02 39  
I.C.E : 00000000074  
INPE : 092086933 - IF : 40296141

Casablanca, le .....

11/7/62

41.80  $\alpha$  3  
— Absolu de 40  
Mr H. H.

Ms.  
Wale 3m  
Total 125.40

PHARMACIE ASKIA  
Dr. MSIK  
Résidence Andalouza Casablanca  
N° 4, Cité Plateau Casablanca  
Tél. : 05 22 45 02 39  
Fax : 05 22 45 02 39  
I.C.E : 00000000074  
INPE : 092086933 - IF : 40296141

52, Bd Mohamed VI (Ex. Route Médiouna) - Kissariate Tissir  
2ème Étage - Casablanca - Tél. : 0522 45 02 40 / 41 - Fax : 0522 45 02 39

Zolby February

Ellie Ward

