

# 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.

M23-012949

173973

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10597**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**NAOVRI ABDELOUFEJID**

Date de naissance :

**04-05-1953**

Adresse :

**48, RUE LA GARE LOT LAANIRI BERRE CHID**

Tél. : **0678519383**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 :

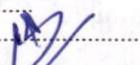
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : ..... / ..... / .....

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

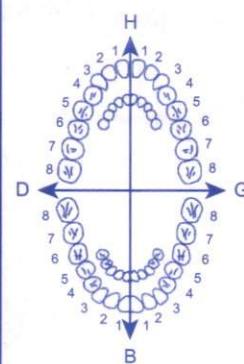
### Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

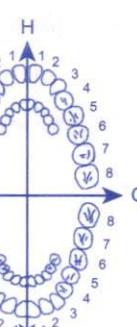
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

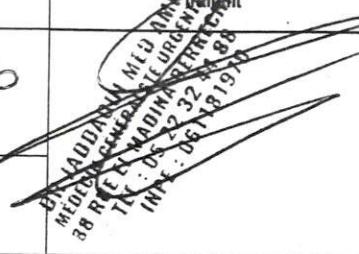


**(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
<b>H</b>																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
<b>D</b>	<b>G</b>																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
<b>B</b>																				

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
18/07/23		C1	120,00		
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 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 الاجياء، الاشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	البلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني 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 المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو مومن التجهيزات طبية	
18.07.23	6850		
INPE et code à Barres		062000591	
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 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 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.

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 المنشارة.

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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الإخطار 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 يرهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: \_\_\_\_\_

نارخ الإيداع: \_\_\_\_\_ Date d'arrivée: \_\_\_\_\_

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

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)	
الاسم العائلي والشخصي : <i>Soudi Asma</i>	
رقم التسجيل :	199385710
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	BE 54694
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)	*
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج <input checked="" type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>	ابن <input type="checkbox"/>
Adresse :	<i>48, Rue Mohoto lot bâmiri Benchedid</i>
Montant des frais :	188,50 درهم Dhs
Nombre de pièces jointes :	03
Déclaration du médecin traitant	
Bénéficiaire de soins	<i>ASYAA SAUDI</i>
Nom et prénom :	<i>ASYAA SAUDI</i>
Date de naissance :	1993-07-07
N° CIN :	111111111111111111
Sexe :	M <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى F
INPE et code à barres :	<i>06AAG1930</i>
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات*					
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشارة <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>
Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>				

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Le : 1993-07-07	في : 1993-07-07
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	
<i>Benchedid</i> <i>Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</i>	

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accrober l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

	رقم التسجيل أداءات الفترة من إلى	<b>N° d'immatriculation</b> <b>Règlements de la période</b> du : <b>23/08/2023</b> au : <b>23/08/2023</b>	<b>Destinataire</b> <b>SAOUDI ASMAA</b>	<b>العنوان</b>
--	---	--	--	----------------

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

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

رقم الملف	نوع العلاج	العنفات	مهنوب الصحة	مبلغ المصروف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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>SAOUDI ASMAA</b>											
129703650	18/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	68.50	0.00	1.00	2.00	0.00	0.00	23/08/2023	47.95
129703650	18/07/2023	C		120.00	80.00	1.00	1,00	80.00	70.00	23/08/2023	56.00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					
<b>103,95</b>											

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

**Dr. JADDAOUI Med Amine**

Diplômé de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca  
Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd  
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP

**INPE : 061181970**



الدكتور جداداوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد  
طبيب عام سبق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le : 18/07/23 برشيد، في :

ASAIAA SAOUDI  
22/7/23

1) Bay autone SV  
45.80 10pp x 2/5 SV  
2) Airlik cp SV  
0 - 0 - 1 dat 165

C  
2685

DR JADDAOUI MED AMINE  
MEDECIN GENERALISTE DENTISTE  
88 RUE EL MADINA BERRECHID  
TEL : 05 22 32 44 88 INPE : 061181970

Pharmacie 2000  
Docteur Kadiri L. Zineb  
22, bd Mohammed V BERRECHID  
Tél. 05 22 32 44 88

---

88, Rue Elmadina - Berrechid 88, زنقة المدينة - برشيد  
Tél: 05 22 32 44 88 - Gsm: 06 75 37 93 62



AIRLIX 10 mg 15 Comprimés

6 118000 050322