

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-005530

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AOUANE NOUSTACA  
Date de naissance : 17/04/74  
Adresse : habituelle  
Tél. : 06 62 10 05 80 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 : Casablanca Le : 11 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

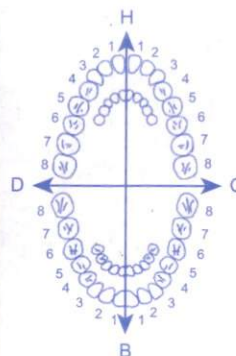
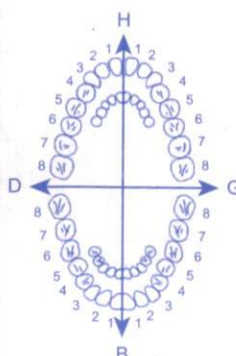
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Rél : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA  
Le : 15/08/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 154502333

رقم التسجيل

Destinataire

المرسى إليه

Règlements de la période

أناءات الفترة

EL MECHRAFI AZIZA

du : 15/08/2023 : من  
au : 15/08/2023 : إلى

Veillez 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  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنير الصحة	مبلغ المصروف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	نسبة التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
114718319	26/07/2023	V2	GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	190,00	1,00	1,00	190,00	77,00	15/08/2023	146,30
114718319	26/07/2023	ECHO	GASTRO-ENTEROLOGIE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	15/08/2023	154,00
114718319	26/07/2023	PH	PHARMACIES D	386,30	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	15/08/2023	106,41
114718320	25/07/2023	PH	OFFICINES PHARMACIES D	40,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	15/08/2023	0,00
114718320	25/07/2023	CS	OFFICINES GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	15/08/2023	115,50
114718320	25/07/2023	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	15/08/2023	154,00
Total remboursé											676,21
Total général remboursé											676,21

- 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 بالمحبيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة دلكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73

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, 28.03.2019



## Instructions à suivre

Établir 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.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

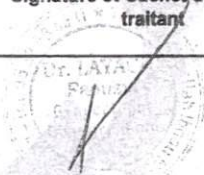
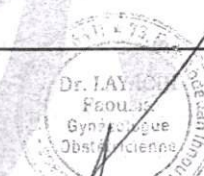
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p><b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p><b>Réservé à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>Date de dépôt du dossier : .....</p>	<p>Date d'arrivée : .....</p>

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 : Réf.</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>نقص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : <b>EL DECHRAFI AZIZA</b></p>		
<p>N° Immatriculation : <b>145450123121</b></p>		
<p>N° CIN : <b>145450123121</b></p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>		
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		
<p>Adresse : <b>12 RUE ABON EL WAST, RES. SOUKAT B. OPS</b></p>		
<p>Montant des frais : <b>Dhs. درهم</b></p>		
<p>Nombre de pièces jointes : .....</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		
<p>Nom et prénom : .....</p>		
<p>Date de naissance : .....</p>		
<p>N° CIN : .....</p>		
<p>Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى</p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
<p>Type de soins</p>		
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p>N° dossier ALD : .....</p>		
<p>Code ALD : .....</p>		
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : .....</p> <p>Le : <b>25/07/2023</b></p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : .....</p> <p>Le : <b>25/07/2023</b></p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>

\* 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 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - ب. الدار البيضاء ص. ب. 2186  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

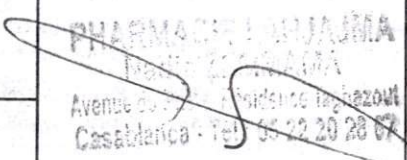


Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
25/07/23	CS		3000dh		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
27/07/23	échographie pelvienne		3000dh		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
25/07/23	4060			
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

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





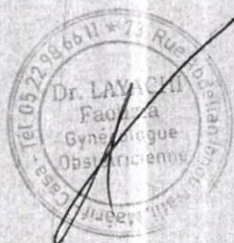
**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**  
**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif  
Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11  
Gsm: 06 28 56 92 59  
Casablanca

Casablanca, Le : 25/07/12

## RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme  
de six cents (600dh) dirhams de  
Mme EL MECHRAFI AZIZA pour  
Une consultation spécialisée (300 dh)  
+ une échographie pelvienne (300 dh).



**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

***Gynécologie - Obstétrique***

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 25/07/2023

**Mme El Mechrafi Aziza**

DERMOFIX poudre

1 appl par jour

EFFICORT

1 appl par jour (pendant 1 mois)

4060

PHARMACIE EL MECHRAFI  
AZIZA  
Tél: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11  
Gsm: 06 28 56 92 59

PHARMACIE EL MECHRAFI  
AZIZA  
Tél: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11  
Gsm: 06 28 56 92 59



Efficort® Hydrocortisone 17%, crème  
Tube de 30 g  
AMM N° : 59 SG/42



6 118000 020448



**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**  
**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - MAARIF Casablanca  
Tél : 0628 56 92 59  
Email : dr.fauzialayachi@gmail.com

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

25/07/2023

**Mme EL MECHRAFI Aziza**

**Indication: DOULEUR PELVIENNE AIGUE**

**-Utérus**

**Position**

**Antéverse antéfléchi**

**- Contours**  
**Réguliers**

**- Dimensions**  
**Distance fond -isthme : 37 mm**  
**Epaisseur au niveau du corps : 12 mm**  
**Largeur dans le fond utérin : 21 mm**

**- Echostructure**  
**Homogène**

**- Endometre**  
**Régulier, mesure 2.2mm**

**- Annexes atrophiques**

**- Douglas : Libre**

**Conclusion**

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE**  
**METEORISME INTESTINAL**

