

# 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.

**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

M23-0017497

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AWADAR  
 Date de naissance : 06-8-16  
 Adresse : 29 Rue 2 Mars Hay EL KHAYMA  
 Tél. : 06-64 98 039 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 16 NOV. 2023  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : BELBELLY, BERHA Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALD 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 16/11/2023

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

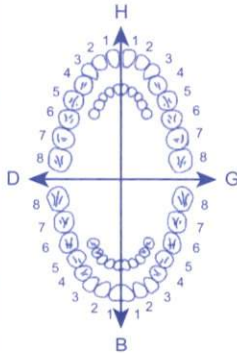
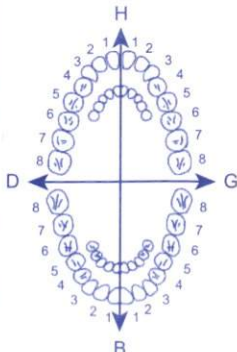
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب إتباعها

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 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل 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 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 المصروفة على أساس التعريفة 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 تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل 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 d'arrivée:	
Date de dépôt du dossier:		تاريخ الإيداع:	

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>		<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجع رقم 610-1-02</p>	<p>REG-ANAM - 12.01.01</p>
N° Dossier :					
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)					
Nom et prénom : BELBAKRI TOUJRIA					
N° Immatriculation : 175684128					
N° CIN : B411191					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن					
Adresse : 99 Rue de Rose Hay ELAHA CAS					
Montant des frais : 567 Dhs					
Nombre de pièces jointes : 1					
Déclaration du médecin traitant					
Bénéficiaire de soins					
Nom et prénom : Belbekri Toujria					
Date de naissance : 15/05/1976					
N° CIN : B411191					
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى					
INPE et code à barres **					
INPE: 091036608					
Médecin traitant					
Etablissement de soins					
Type de soins*					
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثه Maladie <input type="checkbox"/> مرض					
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه					
Fait à : 08/11/2023					
Le : 08/11/2023					
Toujours et par le médecin traitant ou de l'établissement de soins					
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins					

- Cocher la mention utile pour chaque case
- Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé) sur le code à barres



Description des actes effectués						وصف العمليات المجراة	
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	
7/11/13		C3		7	4000DH		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE: 091036608							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

CIM-10			
--------	--	--	--

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie										عمليات الأحياء، الأشعة والصور									
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																			
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>																			
INPE et code à Barres																			
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>																			

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممن التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>07/11/23</p>	<p>167,50</p>	<p>INPE : 0920395</p> <p>PHARMACIE AL-JOURQUA</p> <p>10, rue A. Cote d'Or</p> <p>12055 Casablanca</p> <p>053955130 - Casablanca</p> <p>053955130</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

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

Was sollte bei der Anwendung von newflex Warm-up Gel beachtet werden?

co. Działalność ochronna i pielęgnacyjna na skórze

①

Anwenderinformation

## WARM-UP GEL

des articulations et de la colonne vertébrale  
Echographie Ostéoarticulaire  
Mésothérapie

newflex.

## WARM-UP GEL ŻEL ROZGRZEWAJĄCY

الفحص بالصدى للمفاصل  
الميزوثيرابيا

Ulotka informacyjna

PL

الدار البيضاء في: 17 NOV 2023

FELDENE 20mg  
10 suppositoires



6 118000 250227

Belbelki Tourig.

20 Feldene Suppo

SV

Repor

56.90

1 Suppo / Jour

20 New flex

96.80

1 Suppo

158.80

30 Doliprane 500

SV

167.50

1cp 3x1j

Professeur BENYAHYA E.  
RHUMATOLOGUE

Angle Bd Abdelmoumen / Bd Anoual  
105 - Etage CASABLANCA

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4eme etage, n°405, Casablanca  
Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

PHARMACIE JURORD  
47 Rue de la Liberté A Côté de  
l'Hotel Moussine Casablanca  
Tél : 06 84 30 30 - Casablanca  
Tél : 06 84 30 30

ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dhs

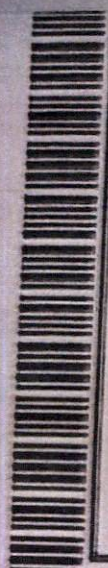
Doliprane 500mg  
Paracetamol  
16 comprimés effervescents



6 118000 040354

AMM N° 746/15 DMP/21/NRO





الجمعية الاجتماعية  
CNEC

## Relevé périodique des prestations AMO

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

Firma n. 1 CASABLANCA

اصلاحی

13/11/2023

بکارت

Page 111

الصفحة

N° d'immatriculation 175684128

رقم التسجيل

### Règlements de la période

## أداءات الفتاة

du 13/11/2023

14

13/11/2023

4

Destinataire

المرسل اليه

BELBEKRI TOURIA

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	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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	
BELBEKRI TOURIA												
143945964	07/11/2023	CS	RHUMATOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/11/2023	105,00	
143945964	07/11/2023	PH	PHARMACIES D	167,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	13/11/2023	10,71	
143945653	23/10/2023	T159	OFFICINES CHIRURGIE DENTAIRE	120,00	60,00	6,00	1,00	60,00	70,00	13/11/2023	42,00	
143945653	23/10/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	300,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	13/11/2023	122,50	
143945653	23/10/2023	D705	CHIRURGIE DENTAIRE	360,00	262,50	15,00	1,00	262,50	70,00	13/11/2023	183,75	
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض								463,96
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي								463,96