

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

N° P19- 065743

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09222 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/03/1956

Adresse : RES RAM RUE EL JADIDA APP N° 233 CASA

Tél. : 0661 202314 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GARNOUSSI NEZHA Age : 48 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Voir Dossier CNSS ci-joint

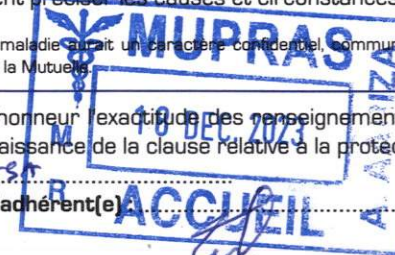
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 12 / 12 / 2023

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



Docteur CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
MEDECINE GENERALE
EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حائز على شهادة الفحص بالصدى
من كلية الطب بباريس
الطب العام
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 20/11/2023 الدار البيضاء، في

NEZHA GARNOUSI

126.30
① Augmentin 1g (S.V) 12x12
75.00 ② NIZALIN (S.V) 14
47.80 ③ DASY 4 (S.V) x15
14.00 ④ Solpax 100 (S.V) 4
15.70 ⑤ Toplex 1x 24h
2x 96.70 105 x 24h 2
2x 37.30 141 1 Cephalax 400
2x 37.30 141 1 Cephalax 400 (S.V) 2
447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Par. Al Masjid
Casablanca - Tél : 0522 28 16 56 : الهاتف

Pharmacie MINOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.28.16.56 - Fax: 022.28.24.78

DR. CHAOUI Salah Eddine
Av. Mokhtar Soussi
Hay Al Masjid
Casablanca
Tél: 05 22 28 16 56

GARNOUSSI MEZHA

Immatriculation CNSS: 166 313 166

CIN: A729001

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
12 sachets



BP 4491, Oum Azza 1055 - Ain Aouda
Cipla Maroc

NAZAIR® 50µg/dose ○
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses



DASEN® 10 000 UI ☒
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



Paracétamol
10 Comprimés sécables



LOT: 23E021
PER: 04/2025
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML ☒
P.P.V: 15DH70
6 118000 060901

6 118001 170272
® Marque déposée Pfizer

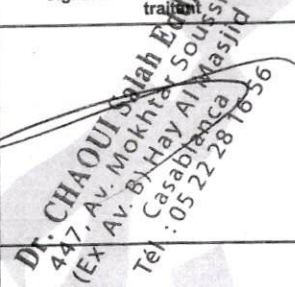
Voie orale. Lire attentivement la notice avant utilisation.
Pas de précautions particulières de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

6 118001 170272
® Marque déposée Pfizer

Voie orale. Lire attentivement la notice avant utilisation.
Pas de précautions particulières de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

6 118001 141364

6 118001 141364

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	
20/11/2023		G	150,10		
INPE et code à Barres 1 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8					
INPE et code à Barres 1 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8					

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 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8						
INPE et code à Barres 1 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8						

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 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8					
INPE et code à Barres 1 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات 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		
20/11/2023	546,80			
INPE et code à Barres 1 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8				
INPE et code à Barres 1 5 9 1 1 0 1 1 9 3 7 8				

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 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 مريض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسله 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 التعريفه الوطنية المرجعية.

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

الأخطار 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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'argent : Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع : Date d'arrivée :

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	مرجع رقم 03-1-610 Réf. : 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : GARNOUSSI NEZHA	رقم التسجيل : N° Immatriculation : 11613131106
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : A71291011111	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
عنوان : Adresse : RES. RAM KTE EL JAD DA APP NO 23 CASABLANCA	مبلغ المصاريف : Montant des frais : 696,80 Dhs.
عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :	نسبة التعويض : Proportion de remboursement :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins	الإسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : GARNOUSSI NEZHA
تاريخ الإيداع : Date de naissance : 131010131119131	رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : A71291011111
الجنس : Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشرق * INPE et code à barres **

الطبيب المعالج Médecin traitant	المؤسسة العلاجية Etablissement de soins
--	--

Type de soins

نوع العلاجات

قبول المرض المزمع * Admission ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	رقم ملف المرض المزمع : N° dossier ALD :
رمز المرض المزمع : Code ALD :	استشفاء * Hospitalisation* :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus	أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
ب : في : Fait à : CASABLANCA Le : 12/11/2011	ب : في : Fait à : CASABLANCA Le : 12/11/2011
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Établissements de Soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - ساحة بلكو - طابق الإستقبال - 2186 - دار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 6186 Casablanca 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. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 02/12/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 166313166
Règlements de la période
du : 01/12/2023 : من
au : 01/12/2023 : إلى

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Destinataire

المرسل إليه

GARNOUSSI NEZHA

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	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GARNOUSSI NEZHA											
145118653	20/11/2023	PH	PHARMACIES D	546,80	0,00	1.00	8,00	0,00	0,00	01/12/2023	296,80
145118653	20/11/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	01/12/2023	56,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							352,80
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							352,80

- 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
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 بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام