

# 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.

M23-0015050

19/4/26

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2411 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEKNOUCHE Ouardis

Date de naissance :

15/01/1963

Adresse :

HSLA

Télé : 066741603

Total des frais engagés : 2223,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ARRAS Nouvelle

Age :

Nom et prénom du malade :

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 : 19 FEV 2024

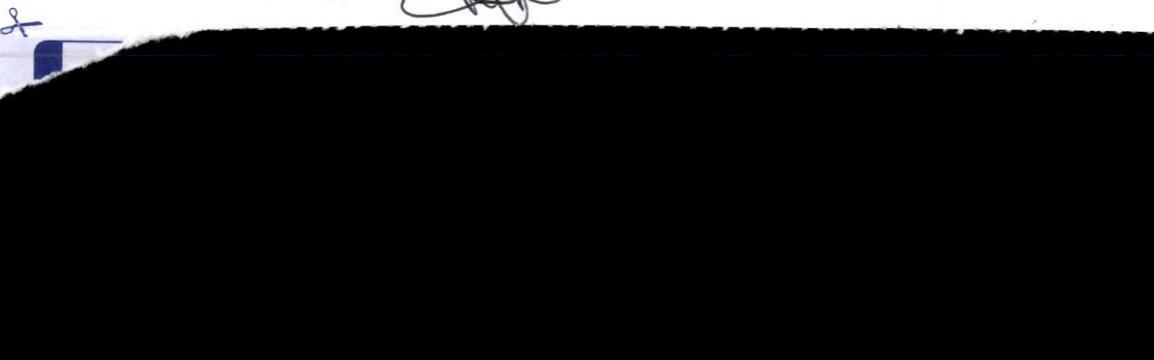
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/02/2024

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**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

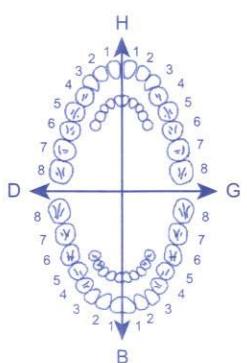
### **Important :**

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	
2	21433552
0	00000000
0	00000000
1	11433553



## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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.

Signature et Cachet de l'Agence

## التعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرین من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرین (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 للتغويض.

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

حق التغويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier: ..... Tariх експедиции: .....

Tarikh al-astlam: ..... Date d'arrivée: .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة*	Entente préalable*
---------------	--------------------

تنفيذ*	Exécution*
--------	------------

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM - 610-1-03

Ref. ANAM : 1.02.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ARRA'S Noureddine

N° Immatriculation : 1733531818

N° CIN :

Numéro d'identification : 31382161

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : RES FATHI ZAHRAYI Angle 07AR EL KHYAM Rue des ROSES HAYRAHA Bousgour CASA.

Montant des frais :

92.23,50 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

11

## تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins :

الاسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom :

نوع العلاجات

Date de naissance :

نوع العلاجات

N° CIN :

نوع العلاجات

Sexe\* :

M

ذكر

F

أنثى

نوع العلاجات

INPE et code à Barres\*\*

09 ALW 9212

Médecin traitant

الطبب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD\* :

قبول المرض المزمن \*

N° dossier ALD :

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

رمز المرض المزمن :

Maladie\* :

استثناء \*

مرض \* Hospitalisation\*

استثناء \*

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

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المقدمة أعلاه.

Fait à : ب:

في: في:

Le : .....

Le : .....

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

-- 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

دار المؤمن - ساحة داكار بوليفارد، ص - ب. 080 200 7200 / 080 203 3333 الدار البيضاء المحطة - الهاتف :

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

0661454998

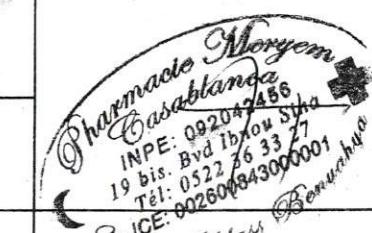
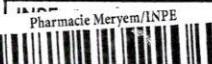
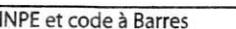
Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
Date des actes	نوع العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	المبلغ المفوت	توقيع وطابع الطبيب المعالج
+ 22/11/06	C	E CG	Lettre clé + cotation NGAP	300,000	Signature et Cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres					 Dr. HADADI Cardiologist Elage 1, Al Qods, Sidi Bernoussi, Casablanca . Tel.: 0522 74 41 10
NPE et code à Barres					

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	
						NPE et code à Barres _____
						NPE et code à Barres _____
						NPE et code à Barres _____

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحيائيات الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي 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

تاریخ 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
22-1-24	١٩٢٣٥٠	
INPE Pharmacie Meryem/INPE	 092042456	
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



إفادة بالاستلام  
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 701399 رقم الوكالة :

Numéro dossier



148744542

رقم السلف

**Informations sur l'assuré**

Nom et prénom	ARRAS NOUREDDINE	الاسم العائلي والشخصي
N° d'immatriculation	173353212	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	ARRAS NOUREDDINE	الاسم العائلي والشخصي المستفيد

**Informations sur le dossier**

Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT	معلومات عن الملف
Date/heure de dépôt	26/01/2024 10:23	نوع الملف
Date de soin	2024-01-22	تاريخ ووقت الإيداع
Montant des frais de soins	2223 DHS	تاريخ الملاج

Madame, Monsieur,  
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous  
informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS  
pour traitement.

سيدي،  
لقد توصلنا بملفكم تهويكم أنه سنت إداته على مصالح الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS),  
la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.  
Ce traitement a pour objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021  
Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : [reclamation.pdcn@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcn@cnss.ma) ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site [www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

Veuillez visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou contacter notre centre d'appel aux numéros

في إطار تعليم التقنية الاتصالية والصحية لفائدة العامل غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
بتجميع معلوماتك الشخصية اللازمة لميكنك من الاستفاده من هذه التقنية.

معالجة معلوماتك كانت موضوع ابرام موسى مواف من قبل الجهة الوطنية لمراقبة حماية المعلومات ذات الطابع

الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021

يمكن ان ترسل معلوماتك الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاصول التي تتبعون إليها وإلى الإذارات و

الشركاء وفقاً لطلب التي تفرض سالف ذكره.

لamarسة حقوقك في في الأدوار والتصحيح والترخيص، وفقاً لمقتضيات القانون 08-09، يمكنك توجيه ملئك إلى البريد

الالكتروني أو زيارة الموقع [reclamation.pdcn@cnss.ma](http://reclamation.pdcn@cnss.ma) أو زيارة مركز الاتصال "أثير ضمان" التابع للصندوق

للتعرف على حقوقك في مجال حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، يمكن الإطلاع على التلقيح العربي لممارسة الحقوق

فيما يتعلق بحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان

[www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

المزيد من المعلومات وتلقيح ملئك :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو الزيارة الإلكترونية المدون لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما بعد خطأ أو تسلیم

Sauf erreur ou omission

Signature du déposant	Signature مودع	Code agence	701399	Date/heure de dépôt dossier	26/01/2024 10:23	نوع الملف
				Numéro d'opération partenaire	633489333	رقم العملة
				Statut dossier	RECEPTION	وضعيت الملف
				Numéro dossier	148744542	رقم الملف



Réf: 610-2-102

Name: ARRAS  
NOUREDDINE

Cli No.:

Sex: Male

Age:

SN:0016681

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date:22/01/2024 07:56:16



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	426ms
Sample Time:	198s	QTc Interval:	494ms
HR:	81bpm	P Axis:	56.40°
P Interval:	122ms	QRS Axis:	107.30°
QRS Interval:	143ms	T Axis:	44.70°
T Interval:	250ms	RV5/SV1	1.44/0.25mV
PR Interval:	166ms	RV5+SV1	1.69mV

Prompt:

Total Beats 265 ,Normal Beats 201 ,SVE 39 ,VE 25 .

in gear Sinus mode Target rate;Longitudinal Right axis deviation Completeness Right Bundle branch block;

Dr. HADADI Abuerafaiz  
Cardiologue  
282, Avenue Moharr B. Ahmed Guernaoui  
Etagé 1, Al Qods, Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tel: 05 22 74 61 40

Doctor: HADADI

6 118001 183111  
Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 082018  
Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



**Docteur Abdelaziz HADADI**

CARDIOLOGUE

Consultations et Explorations

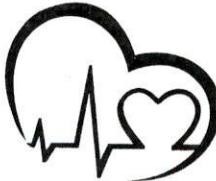
Cardio-Vasculaires

- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

- Ancien médecin interne du CHU de Nancy, France.

- Diplôme Interuniversitaire d'Échocardiographie de l'Université de Bordeaux Segalen, France.

- Diplôme Universitaire d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Sorbonne, Paris.



**الدكتور عبد العزيز الحدادي**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ببنانسي فرنسا

- دبلوم جامعي في تحفيظ صدى القلب من جامعة بوردو

سيفالين بفرنسا

- دبلوم جامعي للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة

السوربون بباريس

Casablanca, le :

28/01/24

M. Arras Nacereddine 180,00 x 2

Cyclax 75/100

1

gr

18

A 0,00

x 2

Hemopat - Doo 75/100, 16 gr matin

2

gr

Qestaz 10/100 if i. gr matin

3

gr

Covelaux 10/100 if i. matin =

4

gr

in de 3mols

5

gr

in de 3mols

6

gr

in de 3mols

7

gr

in de 3mols

8

gr

in de 3mols

9

gr

in de 3mols

10

gr

in de 3mols

11

gr

in de 3mols

12

gr

in de 3mols

13

gr

in de 3mols

14

gr

in de 3mols

15

gr

in de 3mols

16

gr

in de 3mols

17

gr

in de 3mols

18

gr

in de 3mols

19

gr

in de 3mols

20

gr

in de 3mols

21

gr

in de 3mols

</



**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  
مراجع رقم :

صفحة

Page 1 / 1

المؤمن إليه

N° d'immatriculation	173353212	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 02/02/2024	: من	
au : 02/02/2024	: إلى	

**ال beneficiare**

ARRAS NOUREDDINE

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours 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 الصحة	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
<b>ARRAS NOUREDDINE</b>											
148744542	22/01/2024	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81,00	02/02/2024	202,50
148744542	22/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1923,00	0,00	1,00	8,00	0,00	0,00	02/02/2024	1146,39
<b>Total remboursé</b>					مجموع مبلغ التعويض						<b>1348,89</b>
<b>Total général remboursé</b>					مبلغ التعويض الاجمالي						<b>1348,89</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

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
[« Ma CNSS »](http://www.ma-cNSS.ma)

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف