

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0017043

19589

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENKADMIR NASTARHA

Date de naissance : 03.06.1954

Adresse : 19 RUE BAALABAK ETG 2 N° 6  
BENJIDA - CASA 20180

Tél. 06.33.30.33.63 Total des frais engagés : 2750.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENTAIRE  
FVR ETOUSE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUDADES FOUIZIA Age: 68

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 : CASA

Le : 19/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : M. Benkadmir

## 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.

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 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 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 رهنًا بطلب الموافقة المسبقة. لاحقة 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 تصریح كانب للإسقادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : \_\_\_\_\_

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

تاريخ الاستلام : \_\_\_\_\_

 <b>الصندوق الاجتماعي CNSS</b> <i>Le devoir de vous protéger</i>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution
--	---	---	--

مدیرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance-Maladie Obligatoire

Ref. : 610-1-03

REF : ANAM 12/2021

N° Dossier :

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ... OUDADES FOUZIA

N° Immatriculation : 14161616161616161616

N° CIN :

14161616161616161616

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

Conjoint  زوج  م-même Enfant  ابن

Adresse : Rue Boubabok I mm 19 Appt 6/2<sup>e</sup> et. Benjida CASA

Montant des frais : 2.990 Dhs.

Nombre de pièces jointes : .....

## Déclaration du Médecin traitant

### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ... OUDADES FOUZIA

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe \*:

14161616161616161616

M  ذكر

F  أنثى

### INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

140475212

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

14161616161616161616

### Type de soins

Admission ALD \*:

Oui

Non

N° dossier ALD :

14161616161616161616

Code ALD :

14161616161616161616

Maladie\*

مرض \*

Hospitalisation\*

استئناء\*

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

Fait à :

Le : 14/01/2021

في :

تونس

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : 14/01/2021

في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoller 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 - الدار البيضاء - م.ب. 2186 - م.د. المؤمن - ساحة نافار - الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 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 المغورت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
19/12/20	S		300,00	Dr. D. EL HADIDI Psychiatre Tél: 05 22 30 56 62
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 المغورت Montant facturé	توقيع و طابع 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 الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19-12-23	1899,00	K. SOLOUBAA PHARMACIE NOUVELLE Casablanca Bd de la Liberté - Casablanca Tél: 05 22 31 47 17
INPE et code à Barres		
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

 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين</b> <b>الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>			<b> مديرية التأمين</b> <b>الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance</b> <b>Maladie Obligatoire</b> <b>Réf. : 610-2-06</b> <b>مراجع رقم : 610-2-06</b>	
	Emis à :	CASABLANCA	أصدر ب :	Page 1 / 1	
	Le :	12/02/2024	بتاريخ :	الصفحة	
N° d'immatriculation      160184117      رقم التسجيل Règlements de la période      أداءات الفترة du : 12/02/2024      من : au : 12/02/2024      إلى :		<b>Destinataire</b> <b>OUDADES FOUZIA</b>			
					<b> المرسل إليه</b>

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
OUDADES FOUZIA											
148640054	19/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES PSYCHIATRIE	1899,00	0,00	1,00	15,00	0,00	0,00	10/02/2024	1193,64
148640054	19/12/2023	CNP		300,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70,00	10/02/2024	133,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					
											<b>1326,64</b>
											<b>1326,64</b>

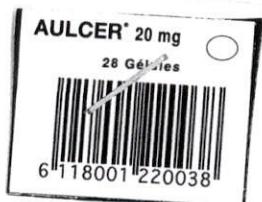
- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :  
 merci de visiter notre site Web  
 ou le portail des assurés  
 ou l'application mobile  
 ou appeler notre serveur vocal au numéro  
 ou contacter notre centre d'appel ALLO D'AMANE 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 بالمحبب الآلي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH  
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH  
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH  
6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30  
P.P.V : 113DH30

6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30  
P.P.V : 113DH30

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH  
6 118001 081073

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriseables  
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriseables  
6 118000 081111

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

**Dr Driss El Amraoui**

**Psychiatre**

Ancien Assistant Spécialiste  
des Hôpitaux de France (Paris)  
Tél. : 05 22 30 66 62

**الدكتور Adriis العمواري**

إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية  
طبيب إختصاصي مساعد سابقًا بمستشفيات

فرنسا (باريس)

الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le

19/12/2023 الدار البيضاء، في

M = OUDADES.

13,30 \* 6  
20/12/23  
1283312 QB

31/11/24 Fouzia  
1283388 QB  
02/12/24  
1283490 QB

Depakine chm 0,5 00

6,60 \* 3  
20/12/23 QB  
1283313 QB

02/10/24  
1283491 QB

Stilno X

20/12/23  
1283314 QB

2/12/24  
1283494 QB  
31/11/24  
1283495 QB

Amiodol 63

20/12/23  
1283315 QB

2/12/24  
1283496 QB  
31/11/24  
1283497 QB

1 lesson

104,00 - Aux cire

1000/150

437,00 \* 2 - JANINER

1 - 0 - 1

T = 1899,00

PHARMACIE NOUVELLE  
CASABLANCA  
K. SOUJUBAA  
16, Bd de la Liberté - Casablanca  
TEL. 05 22 31 47 17

DR. D. ELAMRAOUI  
Psychiatre  
Psychanalyste  
39 Bd. Rahal El Meskini - Casa - Anfa

Treatment pour :

Tron on (03 mon)

شارع رحال المسكيني - الطابق 4، شقة 8 (مُصعد) - الدار البيضاء أنفا

39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4<sup>ème</sup> étage (Ascenseur) - Casa - Anfa



## إفادة بالاستلام ACCUSE DE RECEPTION

Réf: 610-2-102 مرجع رقم:

CHAABI  
كاشي

رمز الوكالة : 009459

Numéro dossier



148640054

رقم الملف

### Informations sur l'assuré

Nom et prénom: OUDADES FOUZIA  
N° d'immatriculation: 160184117  
Nom et prénom du bénéficiaire: OUDADES FOUZIA

الاسم العائلي والشخصي  
رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

### Informations sur le dossier

Type dossier: DOSSIER DE REMBOURSEMENT  
Date/heure de dépôt: 06/02/2024 10:49  
Date de soin: 2023-12-19  
Montant des frais de soins: 2199 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الاداء

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

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

سيدي، سيدتي،  
لقد توصلتنا بملفك. نخبركم أنه سيتم إحالته 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 fait l'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.pdcp@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcp@cnss.ma) ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les tél 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

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

ou le portail des assurés

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

ou l'application mobile

[Ma CNSS](#)

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما عدا خطأ أو نسيان