

# 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  
 En charge : pec@mupras.com  
 Changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données  
 Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45  
 Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
 Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de M  
 M23-001587

Maladie

Dentaire

Optique

203829  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2439

Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUIEB NAJIB

Date de naissance : 1 - 1 - 1954

Adresse : 14 Rue EL BAHAIL Roch 701

Tél. : 06 63 42 25 97

Total des frais engagés : 3107

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Chact et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

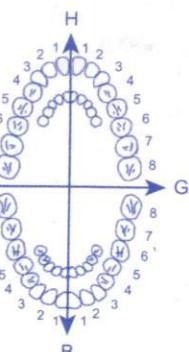
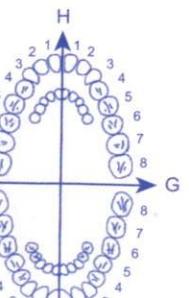
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديريّة التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06  
مراجع رقم : 0522 54 86 73

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 01/03/2024 : بتاريخ :

Page 1 / 1

صفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 185164235 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 01/03/2024 : من  
au : 01/03/2024 : إلى

Destinataire

BENNIS NADIA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précédente.

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	أسس 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>BENNIS NADIA</b>											
147510693	12/02/2024	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	01/03/2024	175,00
147510693	12/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	465,20	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	01/03/2024	210,07
147510538	17/02/2024	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
147510538	17/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D	245,70	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	01/03/2024	0,00
147510538	17/02/2024	B	ANALYSES OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES	912,80	737,00	670,00	1,00	737,00	70,00	01/03/2024	515,90
147510540	21/02/2024	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
147510540	21/02/2024	PH		40,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	01/03/2024	0,00
<b>Total remboursé</b>											
<b>Total général remboursé</b>											
<b>1110,97</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 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

المزيد من المعلومات:

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

أو الاتصال بالهاتف على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

# Dr. Mennouni Mohamed Amine

- Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- Chirurgie Cervicale et de la Face
- Traitement des Vertiges
- Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
- Traitement de l'Allergie et Ronflements



د. محمد أمين منوني

- أمراض و جراحة الأنف و الأذن و الحجرة
- جراحة الوجه و العنق
- تشخيص و علاج الدوخة
- إضطراب الشم و التذوق و السمع
- علاج الحساسية و الشخير

Casablanca, le.....

21/2/24

Benni's Nzdiz

40.00

1- Lectil 16 g  
azip htri

LECTIL\*16 mg  
Bétabistine (dichlorhydrate)  
30 Comprimés sécables  
PROMOPHARM S.A.

6 118000 240471

40.00

Pharmacie la Solidarité  
354, Bd Ambassadeur Ben Aicha  
Roches Noires - Casablanca  
Tél: 05 22 40 29 03 Fax: 05 22 71 60 70

Dr. Mennouni Mohamed Amine  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
INPE: 061290250

548 شارع 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، شقة 6 إقامة السنة ( أمام مسجد السنة ) - الدار البيضاء  
548, Av 2Mars Angle Bd MODIBO Keita, Appt 6 Résidence Sonna ( en face mosquée Sonna ) CASABLANCA

Tél : 05 20 800 508 - 06 19 81 66 66

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 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.

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

بجy 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 والوثائق 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع 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: ٢٠١١٠٧٢٠٢٤

Date d'arrivée: ٢٠١١٠٧٢٠٢٤

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. 610-1-02

Réf. ANAM: 12015



موافقة مسبقة *	تفصيل *
Entente préalable *	Exécution *

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENNIS Nadi

N° Immatriculation : ١١٨٥١١٦٤٢٣٥

N° CIN :

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

Conjoint  نوج

Enfant  ابن

Adresse :

العنوان : عاليه BAHALIL Rock ٦٥٢ CKA

مبلغ المصارييف :

Drهم ٤٣٥٤ Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe :

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

INPE: 061290250

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  أمومة  Accident  حادثة  Maladie  مرض

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

Fait à :

Le :

٢٠١١٠٧٢٠٢٤

ب:

في:

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أشهده بصفة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

٢٠١١٠٧٢٠٢٤

ب:

في:

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

INPE: 061290250

أُلْتَهَى الْمَنَاءُ

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - 2186 - المكتب البريدي 3333 - الهاتف: 060 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

Actes Paramédicaux							العمليات المساعدات 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							

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جريدة الطبية أو مدونة التجهيزات الطبية
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مدونة التجهيزات الطبية	
21/11/24	40.00	Pharmacie la Solidarité 334, Bd Ambassadeur Ben Achour 1000 Tunisie Tél: 05 22 46 29 00	
INPE et code à Barres  09 2038686			
INPE et code à Barres  11111111111111			

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