

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

Le 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

Communication : contact@mupras.com

En charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

ND: 32811

Déclaration de Maladie : N° P19- 0019334

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4296

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANOGA 129

Date de naissance : 16-8-56

Adresse : 99 Rue des

Tél. : 066 445 502

Total des frais engagés :

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

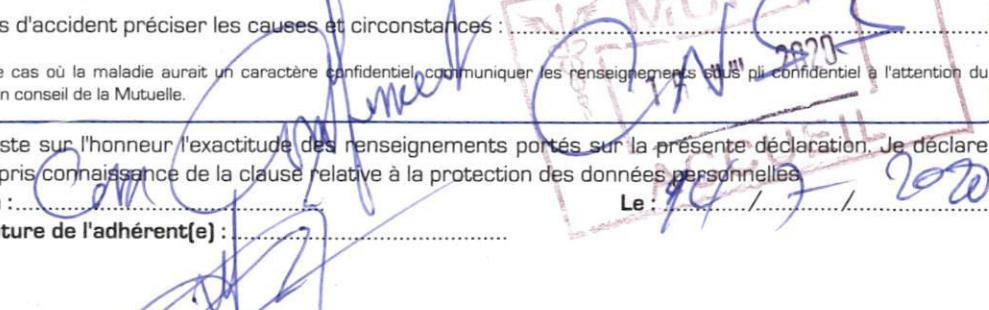
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

## التعليمات يجب إتباعها

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 الشرطي للأدوية المشتراء.

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 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 جمبع و كافلات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرح كاذب للالاستفادة 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: ٢٠٢١-٠٦-٢٠٢١

Date d'arrivée: ٢٠٢١-٠٦-٢٠٢١

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de Soins Maladie



606449105

* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *
Entente préalable *	Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM: 120101

مرجع رقم 610-1-02

خاص بالمؤمن له (لها)

Ref. ANAM: 120101

N° Dossier :

765093 18

Partie réservée à l'assuré(e)

BELBEKKI Touria

N° Immatriculation :

AT5684A28

N° CIN :

B14AA1941

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

99 Rue d'Y 2088 Hay ERRAHA CAS

Montant des frais :

22,00 Dhs

مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

BELBEKKI

Touria

Date de naissance :

15/03/1956

N° CIN:

B14AA1941

Sexe\* :

M

ذكر

F

أنثى

INPE et code à barres \*\*

0921190591

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Hospitalisation  Maternité  Amomie  Accident  Hadath  Maladie  مرض

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

Fait à :

Le :

22/06/2020

في :

SAIDI

Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

19/06/2020

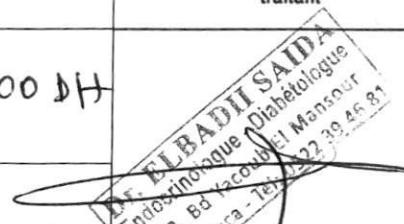
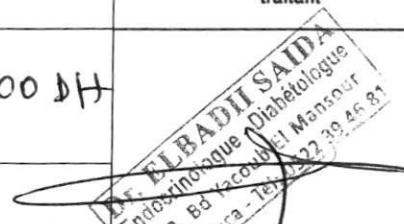
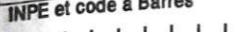
في :

SAIDI

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

المندوبي الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء الجديدة - الهاتف: 060 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casablanca Gare Téléphone : 060 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
19/6/20	6	C	300DH	 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <b>DR. ELBADHI SAIDA</b>            Endocrinologue            283, Bd Yacoub El Mansour            Casablanca - Tel: 022 39 46 81         </div>  </div>	
INPE et code à Barres					
					
INPE 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	
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة			جريدة وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé		
19/6/2020	822,00		<b>PHARMACIE AL WOURQUOUD</b> 67, Rue des Rosas A Côté de Masjid Annour - Bouséjour râl:052239430 - Casablanca patente:34808192
INPE et code à Barres INPE : 092009513			
INPE et code à Barres INPE : 1111111111111111			

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

الدكتورة البديع سعيدة  
اختصاصية أمراض الغدد والسكري والأيض  
خريجة جامعة رين فرنسا



Dr. EL BADII Saida  
Spécialiste en Endocrinologie,  
Diabétologie et Maladies Métaboliques  
Diplômée de l'Université de Rennes France

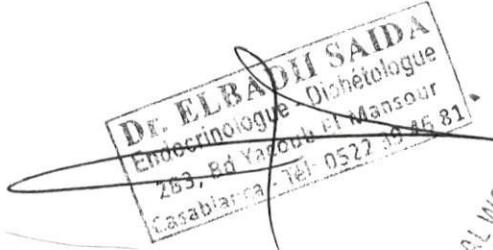
Casablanca, le : 19/6/20.

ELBEKRI Touria.

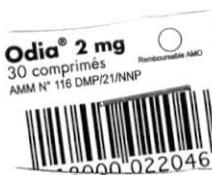
4 odia long. (NS) 1 cp matin à je. 60,00 K3 3 mois

2) Ado 850. (NS) 1 cp midi 1 cp le soir 36,00 K3

222,00



3



ب المصور، بوسجور، الدار البيضاء  
283, Bd Yaacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tel : 05 22 39 6118000 090038  
e-mail: endoendocrin@gmail.com

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO

Référence structurée : 200796649157010

Emis à Casablanca le : 07/07/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

BELBEKRI TOURIA  
99 RUE DES ROSES HYERRAHA  
CASABLANCA 2020

N° d'immatriculation : 175684128  
Règlement du mois : 07/2020  
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BELBEKRI TOURIA										
076509318	19/06/2020	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076509318	19/06/2020	PH	PHARMACIE	222,00	222,00	1,00	1,00	222,00	70	155,40
<b>Total remboursé pour TOURIA</b>										
<b>Total général remboursé</b>										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان