

# 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.

## Prothèse 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

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 - 5ème 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° M20- 0003860

ND: 51656

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : SHAMI Fatma  
Date de naissance : 01.07.58  
Adresse : R. SARVAJ, Bd. Bougaya N° 130 CASABLANCA  
Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 1671,60 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 : CASA Le : 15/12/20  
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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 مرض 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. لانحة 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.

<p>الضمان الإجتماعي MAGASIN D'ÉLÉMENTS CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Ksar Mohamed	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 159689128	رقم التسجيل :
N° CIN : B199405	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها)	
Adresse : R. SANA, Bd. Bourgoigne N° 130 CASABLANCA	
Montant des frais : 4674,60 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 2	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	
المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : Ksar Mohamed	الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 10/11/1952	تاريخ الإزدياد :
N° CIN : B199405	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر      F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :

INPE et code à barres \*\*

الرقم الوطني الاستدالي و الرقم المشفر \*\*

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : 07 03 2024	ب : كزار	Fait à : Casablanca	ب : كزار
Le : 07 03 2024	في : كزار	Le : 07 03 2024	في : كزار
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع طبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signaturé du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

\* 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

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء هل ب

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

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

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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 trahant	
07/03/2020	C S		350 DHS	<p>د. أنور رخشوني</p> <p>Dr. Anour Rakhouni</p> <p>Signature et Cachet du Médecin</p> <p>ABOU AL</p>	
INPE et code à Barres 1019101214151101					
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 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

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  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux			
07/03/2020	1237,60	<p>PHARMACIE ATTAWH</p> <p>Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N°</p> <p>Tél : 05 22 70 80 42</p> <p>CASABLANCA</p>	INPE et code à Barres 092012293		
07/03/2020	84,00		INPE et code à Barres 092012293		

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

Docteur A. REDA

Psychiatre

Psychothérapeute -TCC-

Sexologue

Addictologue

Psychogériatre



دكتور أنور رضى

طبيب نفسي

معالج نفسي، العلاج المعرفي السلوكي

أخصائي في علم الجنس

أخصائي في علاج الإدمان

أخصائي في الطب النفسي للمسنين

Casablanca le, 07/03/2020، الدار البيضاء في،

Mr. KSAR Mohamed.

1) Nicopathlib 14mg

1/5 (boite de 28)

2) Aripiphi 5

PHARMACIE ATTAWI.  
Boulevard Sadi El-3 Rue 10 N° 5  
Tél: 05 22 70 80 42  
CASABLANCA

3) Lamictal 100 - 2 cp  
1/2 à midi

1's

4) Lergactil 25 - 1 cp - whi

1's

5) Parital 1 g - 1 cp le soir

1's

6) Zadalis cp: 1 cp x 3 / 5

1's

75، زنقة أبو علاء زهار - زنقة فيزال سابقا، الطابق 5 الرقم 5، حي المستشفيات - الدار البيضاء 75

75, Rue Abou Alaa Zahar, Ex Rue Vesale 5<sup>ème</sup> Etage N°5, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél : 0522 86 04 65 - GSM : 0661 266 058 - E-mail : redamonpsychiatre@gmail.com

Site web : www.monpsychiatre.ma

de 3 mois

Docteur A. REDA

Psychiatre

Psychothérapeute -TCC-

Sexologue

Addictologue

Psychogériatre



دكتور أنور رضى

طبيب نفسي

معالج نفسي، العلاج المعرفي السلوكي

أخصائي في علم الجنس

أخصائي في علاج الإدمان

أخصائي في الطب النفسي للمسنين

Casablanca le, 07/03/2020، الدار البيضاء في،

Mr KSAR Mohamed.

1) Doliprane 1g

14,00 x 6

1 cp x 3 / 5 (pdt 3 se)

S.V

د. أنور رضى  
Dr. REDA Anouar  
Psychiatre et Psychothérapeute  
75, rue Abou Alaa Zahar, Ex Rue Vesale 5<sup>ème</sup> Etage N°5, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél : 0522 86 04 65 / Gsm : 0661 26 60 58

75، زنقة أبو علاء زهار - زنقة فيزال سابقا، الطابق 5 الرقم 5، حي المستشفيات - الدار البيضاء

75, Rue Abou Alaa Zahar, Ex Rue Vesale 5<sup>ème</sup> Etage N°5, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél : 0522 86 04 65 - GSM : 0661 266 058 - E-mail : redamonpsychiatre@gmail.com

Site web : www.monpsychiatre.ma

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

ARIPIPHI® 5 mg

30 comprimés ○



6 118000 051398

ARIPIPHI® 5 mg

30 comprimés ○



6 118000 051398

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 239,00 DH

ID : 637440



6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 239,00 DH

ID : 637441



6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 239,00 DH

ID : 638939



6 118001 140800

Largactil 25 mg

50 Cp pel séc ○

P.P.V : 130DH00

LOT : 9MA014  
PER : 03 2022



6 118000 012382

Largactil 25 mg

50 Cp pel séc ○

P.P.V : 130DH00

LOT : 9MA014  
PER : 03 2022



6 118000 012382

PARANTAL® ○

8 comprimés effervescents 1g



6 118000 032380

PARANTAL® ○

8 comprimés effervescents 1g



6 118000 032380

PARANTAL® ○

8 comprimés effervescents 1g



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200796845037901

Emis à Casablanca le : 21/07/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

KSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation : 159689128

Règlement du mois : 07/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060126449	07/03/2020	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
060126449	07/03/2020	PH	PHARMACIE	1 321,60	1 154,60	1,00	1,00	1 154,60	70	808,22
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>941,22</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>941,22</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان