

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

- 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 - 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



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

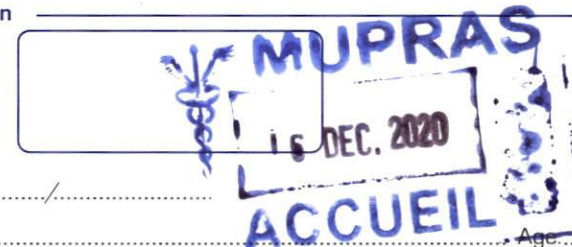
Date de naissance : 01.07.58

Adresse : R. SARVAJ, Bd. Bougaya N°130 GAB

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 : CASABLANCA Le : 15.12.20

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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 اتباعها

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

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 التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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 للاستفادة 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.

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

 الصندوق الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03 Ref. ANAM 1.202.08
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :		
خاص بالمؤمن له (لها) Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : Ksar Mohamed N° Immatriculation : 159689128 N° CIN : B199405 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Adresse : R. SARVA, Bd. Bourgoigne N° 130 CASABLANCA Montant des frais : 4674.60 Dhs. Nombre de pièces jointes : 2		
Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins Nom et prénom : Ksar Mohamed Date de naissance : 10/11/1952 N° CIN : B199405 Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> INPE et code à barres **		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات Type de soins Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N° dossier ALD : Code ALD : Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 07/03/2024 Le : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca Le : 10/11/2024 توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature 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
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
07/03/2020	C S		350 DHS	د. أنور رخيص Dr. Anwar Rikhs	
INPE et code à Barres 10191214151101					
INPE et code à Barres 111111111111					

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 111111111111						
INPE et code à Barres 111111111111						

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 111111111111					
INPE et code à Barres 111111111111					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
07/03/2020	1237,60	PHARMACIE ATTAWH Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° Tél : 05 22 70 80 42 CASABLANCA		
INPE et code à Barres 092012293				
07/03/2020	84,00	PHARMACIE ATTAWH Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° Tél : 05 22 70 80 42 CASABLANCA		
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 أ. 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 1mg
1/5 (boite de 28)

2) Aripiphi 5mg
1/5 à midi

3) Lamictal 100mg
1 cp - whi.

4) Lergactil 25mg
1 cp le soir

5) Paracetamol 1g
1 cp x3 / 5

6) Zoladalis cp: 1 cp / 7 jours

75, Rue Abou Alaa Zahar, Ex Rue Vesale 5^{ème} 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

Docteur A. REDA

Psychiatre

• Psychothérapeute - TCC-

• Sexologue

• Addictologue

• Psychogériatre



دكتور أ. 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
1 cp x3 / 5 (pdt 3/5)

د. أنور رضى
Dr. REDA Anouar
Psychiatre et Psychothérapeute
75, Rue Abou Alaa Zahar, Ex Rue Vesale 5^{ème} Etage N°5, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 0522 86 04 65 / GSM : 0661 266 058

75, Rue Abou Alaa Zahar, Ex Rue Vesale 5^{ème} 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



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL

10 Comprimés



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL

10 Comprimés



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL

10 Comprimés



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL

10 comprimés



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL

10 comprimés



ARIPHIPI® 5 mg

30 comprimés ○



ARIPHIPI® 5 mg

30 comprimés ○



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID : 637440
6 118000 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID : 637441
6 118000 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID : 638939
6 118000 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 effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL® ○
8 comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL® ○
8 comprimés effervescent 1g

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	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
Total remboursé pour MOHAMED										941,22
Total général remboursé										941,22

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان