

## 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
- 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.

**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

COMPLEMENT



## Déclaration de Maladie

N° W21-622598

70242

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0923 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SELLEK MY DRISS  
 Date de naissance : 01/01/1950  
 Adresse : 19 Avenue du FAR Residence FAHIM III  
 App 9 KENITRA  
 Tél. : 0663605566 Total des frais engagés : 444,20 dh 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 : KENITRA Le : 10 / 05 / 2021  
 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 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.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشترقة.

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 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 الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>* موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : CHAKIB Rachida

N° Immatriculation : 115184877113

N° CIN : B 99 450

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 115184877113

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : 19. AV des FAR App 9 Res'd FAHIM 3 KENITRA

Montant des frais : 444,20 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 5

Declaracion du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : CHAKIB Rachida

Date de naissance : 02 12 1954

N° CIN : B 99 450

Sexe : M ☐ ذكر ☐ F ☒ أنثى

INPE et code à barres \*\*

05 10 40 590

Médecin traitant

Etablissement de soins

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 : 31 03 2021

Le : 31 03 2021

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus

sincères et véritables.

Fait à : 31 03 2021

Le : 31 03 2021

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant

Etablissement de soins

Dr. CHAKIB Rachida

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier: 11 03 2021</p>	<p>Date d'arrivée: 11 03 2021</p>

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) et le code à barres

080 203 3333 الهاتف - 2186 الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء محطة - الهاتف

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Téléphone: 080 203 3333

[illegible]

**CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision**

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		 الضمان الاجتماعي +الXO8+ +الO8ال+ <b>C N S S</b>	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :	
	Référence structurée : 210404015161362		Emis à Casablanca le :		Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 158487713 Règlement du mois : 04/2021 Mode de paiement : Virement		CHAKIB RACHIDA 19 AVENUE DES FAR APPT 9 RESIDENCE EL FAHIM 3 KENITRA 1400		
	Informations :				

مرجع الإشعار بالاستلام Référé accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
CHAKIB RACHIDA										
071920947	22/03/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
071920947	22/03/2021	KC	MEDECIN SPECIALISTE	100,00	160,00	1,00	1,00	160,00	70	70,00
071920947	22/03/2021	PH	PHARMACIE	122,40	122,40	1,00	1,00	122,40	70	85,68
071920947	22/03/2021	PHN	PHARMACIE	21,80	21,80	1,00	1,00	21,80	00	0,00
Total remboursé pour RACHIDA										260,68
Total général remboursé										260,68

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

# CABINET D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

**Docteur CHARIBA EL HOUSSINE**

Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Diplômé de la Faculté de Médecine de

Marseille France

**الدكتور شاربة الحسين**

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف

والأنف والحلق والحنجرة

خريج كلية الطب بمرسيليا "فرنسا"

Maladies et chirurgies Oreille-Nez-Face et Cou

Chirurgie de la Thyroïde et du Ronflement

Vertige - Surdité - Anosmie - Allergie

أمراض وجراحة الأنف والأنف والحلق والحنجرة

جراحة الغدة الدرقية والشخير

تشخيص وعلاج الدوخة ونقص السمع وفقدان

حاسة الشم

تشخيص وعلاج الحساسية

## ORDONNANCE

Kénitra, le 29/03/14 القنيطرة في

N  centmii3 Rouchion

99.70  

LMPXITONE



1/86 de 30cf

21.80  

BOLXNERA



seft x 2 et 10cf

22.20  

BMYCITONE



seft x 2 et 10cf

144,20



**Dr. CHARIBA EL HOUSSINE**  
Spécialiste O.R.L.  
359, Bd Med V - Kénitra  
Tél: 0537 379 891 - GSM: 0663 070 405

359, شارع محمد الخامس الإقامة الكبرى رقم 27 الطابق الرابع القنيطرة

359, Bd Mohamed V, la grande résidence N 27 - 4 me étage Kénitra

Tél : B : 05 37 37 98 91 GSM : 06 63 07 04 05

IF 28808340 - TP 20812150 - C.N.S.S 2461127 - ICE 001679572000026

Baycutène® N 15 g  
Crème



6 118000 241270



POLYDEXA®  
SOLUTION ABOUCCLAIRE  
GOUTTES  
PROMOPHARM s.a.

Va

LABIXEN 20mg  
30 comprimés



# CABINET D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Docteur CHARIBA EL HOUSSINE

Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Diplômé de la Faculté de Médecine de

Marseille France

الدكتور شاربة الحسين

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن

والأنف والحلق والحنجرة

خريج كلية الطب بمرسيليا "فرنسا"

Maladies et chirurgies Oreille-Nez-Face et Cou

Chirurgie de la Thyroïde et du Ronflement

Vertige - Surdité - Anosmie - Allergie

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحلق والحنجرة

جراحة الغدة الدرقية والشخير

تشخيص وعلاج الدوخة ونقص السمع وفقدان

حاسة الشم

تشخيص وعلاج الحساسية

Dr. CHARIBA EL HOUSSINE  
Spécialiste O.R.L.  
359, Bd Mohamed V - Kénitra  
Tél: 0537 379 891 - GSM: 0663 070 405

القنيطرة في

Mr. CEMILIS Rachid

Notaire Dr. D. B. B.

M. B. B. de la grande résidence

U. 2 89

A noter la prime de 100 000 000

Dr. CHARIBA EL HOUSSINE  
Spécialiste O.R.L.  
359, Bd Mohamed V - Kénitra  
Tél: 0537 379 891 - GSM: 0663 070 405

359, شارع محمد الخامس الإقامة الكبرى رقم 27 الطابق الرابع القنيطرة

359, Bd Mohamed V, la grande résidence N°27 - 4<sup>ème</sup> étage Kénitra

Tél : B : 05 37 37 98 91 GSM : 06 63 07 04 05

IF 28808340 - TP 20812150 - C.N.S.S 2461127 - ICE 001679572000026