

# 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



*Courbure et*  
**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0054409

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2673 Société : 72732  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Tijani  
Nom & Prénom : BENBHI  
Date de naissance : 13-03-1946  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
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 : ..... Le : ...../...../.....  
Signature de l'adhérent(e) : 



## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alif Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alif Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Complémentaire Déclaration de Maladie

N° W19-451056

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENBITHI Tyani

Date de naissance : 13-03-1946

Adresse : BP 213 51000 El Hachbi

Tél : 06 61 31 62 61 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... Le : 20/05/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-451056

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7673

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإلزامية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الآخطار 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 NJOON HAJESH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 12.01.01
	Feuille de Soins Maladie		مرجع رقم 610-1-02	
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **NAIM Naima (Ep BENBIHI)**

N° Immatriculation : **1413161412171**

N° CIN : **1413161412171**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : **علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)**

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **BP 213 51000 El Hageb**

Montant des frais : **Dhs**

Nombre de pièces jointes :

Declaracion du medecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **NAIM Naima (Ep BENBIHI)**

Date de naissance : **1413161412171**

N° CIN : **1413161412171**

Sexe : **M** ☐ ذكر ☐ F ☒ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins \*

Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☐ مرض ☐ حادثة ☐ أمومة ☐ استشفاء ☐

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

Fait à : **19 11 2020**

Le : **19 11 2020**

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **19 11 2020**

Le : **19 11 2020**

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

\* 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



CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>07/11/2020</p>	<p>121,30</p>	<p>Tél. : 05 35 54 30 38</p> <p>El Hajeb</p> <p>42, Avenue Hassan II</p> <p>Mme DOUNYA MOHATTANE</p> <p>Pharmacie Nouvelle</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE 152045733</p>		
<p>07/11/2020</p>	<p>866,30</p>	<p>Pharmacie Nouvelle</p> <p>Mme DOUNYA MOHATTANE</p> <p>42, Avenue Hassan II</p> <p>El Hajeb</p> <p>Tél. : 05 35 54 30 38</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE 152045733</p>		

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

Docteur TALBI Ahmed

Médecine Générale  
DIPLOME DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE RABAT  
DIPLOME D'UNIVERSITE  
D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88  
D. 05.35.54.34.26

الدكتور طالبي أحمد

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط  
وبلوم جامعي في الربو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

الهاتف { ع. 05.35.54.30.88  
م. 05.35.54.34.26

EL Hajeb, le 07/11/2020... في الحاجب

ME NAIM NAIMA  
ep BENHAI

208,00 x 3 / Couvain y 5mg (350)

± y 1/3 mois

41,20 x 3 / Glibopha 800 (350)

± y 2x

11,80 x 3 / Dolipran 1000 y off (350)

± y 3x

59,30 / Brexin y off

866,30 Pharmacie Nouvelle

Mme DOUNYA MOHATTANE

42, Avenue Hassan II

El Hajeb

Tél. : 05 35 54 30 38

الدكتور طالبي أحمد  
الطب العام  
Docteur Talbi Ahmed  
MEDECIN GENERALISTE  
36 شارع الحسن الثاني - الحاجب  
36, Av. Hassan II - EL HAJEB  
الهاتف : 05 35 54 30 88

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés




6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130078

**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés




6 118000 080640

**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

**Doliprane®** 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

**Doliprane®** 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

**Doliprane®** 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

**Brexin®**  
Pronopon 3-oxo-2-oxopropionate  
10 comprimés effervescents  
PROMOPHARM s.a.



6 118000 241164



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم</b> : 610-2-06 : REF
	<b>Référence structurée</b> : 210101475259100	<b>Emis à Casablanca</b> le : 12/01/2021	<b>Page</b> : 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 143641217 Règlement du mois : 01/2021 Mode de paiement : Virement	NAIMA NAIM BP 213 EL HAJEB 51000 EL HAJEB 5100	
	<b>Informations :</b> <span style="float: right;"><b>معلومات :</b></span>		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence 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
NAIMA NAIM										
055173372	07/11/2020	C	MEDECIN GENERALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
055173372	07/11/2020	B	PHARMACIE	938,00	1,10	830,00	1,00	913,00	70	639,10
055173372	07/11/2020	PH	PHARMACIE	991,30	681,50	1,00	1,00	681,50	70	477,05
<b>Total remboursé pour NAIM</b>										<b>1 172,15</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 172,15</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

**Docteur TALBI Ahmed**

**Médecine Générale**  
DIPLOME DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE RABAT  
DIPLOME D'UNIVERSITE  
D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88  
D. 05.35.54.34.26

**الدكتور طالبى أحمد**

**الطب العام**

خريج كلية الطب بالرباط  
وبلدم جامعي في الربو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

الهاتف { ع. 05.35.54.30.88  
م. 05.35.54.34.26

EL Hajeb, le 07 NOV 2020 الحاجب في

M. NAIR NAIR  
epouse BENBEN

fauc : - glycémie a jeun  
- cholestérol HDL  
- triglycérides  
- Acide urique  
- Créatinine  
- Vit D<sub>3</sub>  
- HbA1c

Docteur Talbi Ahmed الدكتور طالبى أحمد  
MEDECIN GENERALISTE الطب العام  
36, Av. Hassan II - EL HAJEB 36 شارع الحسن الثاني. الحاجب  
الهاتف : 05 35 54 30 88



**Docteur TALBI Ahmed**

**Médecine Générale**

DIPLOME DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE RABAT

DIPLOME D'UNIVERSITE

D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88  
D. 05.35.54.34.26

**الدكتور طالبي أحمد**

**الطب العام**

خريج كلية الطب بالرباط

وبلوم جامعي في الربو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

الهاتف { ع. 05.35.54.30.88  
م. 05.35.54.34.26

EL Hajeb, le 0.7. NOV. 2020 ..... الحاجب في

M<sup>me</sup> NAÏM NAÏMA  
SPRUE BENBIB

12,30 y Vaxigrip

07.11.2020

118639



Pharmacie Nouvelle  
Mme DOUNYA MOHATTANE  
42, Avenue Hassan II  
El Hajeb  
Tél. : 05 35 54 30 38

الدكتور طالبي أحمد  
Docteur Talbi Ahmed  
الطب العام  
MEDECIN GENERALISTE  
36 شارع الحسن الثاني / الحاجب  
36, Av. Hassan II - EL-HAJEB  
الهاتف : 05 35 54 30 88