

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Prothésiste :**

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.



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 2051065

ND: 81548

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 826 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMAROUCH Abdellaziz

Date de naissance : 22/09/1944

Adresse : 97, cité Benalbakk, qui Dial Cesa

Tél. : 0661453365 Total des frais engagés : 41.000 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : HARAR Naim 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) : 23.08.21

Dou

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BEI EVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou Je traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		D 00000000 00000000 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS
		G B		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

## 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.

## Instructions à suivre

Établir 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.

Signature et date de l'agent

Identification de l'agent : \_\_\_\_\_

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

Signature et date de l'agent

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_

 <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <small>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</small>
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-03 مراع رقم 610-1-03

N° Dossier :

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : HARAR Naim .....  
 N° Immatriculation : 11612-5116

N° CIN : B 129 334 .....  
 العناوين : .....  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

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

Adresse : 87, rue Baalabak Al Mal .....  
 مبلغ المصارييف : ..... درهم

Montant des frais : .....  
 عدد الوثائق المرفقة : .....

Nombre de pièces jointes : .....  
 تصريح طبيب المعالج

### Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : HARAR Naim .....  
 Date de naissance : 12/10/1948

N° CIN : B 129 334 .....  
 تاریخ الإيداع : .....  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 الجنس : \*

Sexe \* : M  ذكر  أنثى F

INPE et code à barres \*\*  
 مédicin traitant .....  
 Etablissement de soins .....  
 الموسسة العلاجية

### Type de soins

Admission ALD \* : Oui  Non

N° dossier ALD : .....  
 رقم ملف المرض المزمن : .....  
 Code ALD : .....  
 رمز المرض المزمن : .....  
 Hospitalisation\*

Maladie\*  مرض \*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.  
 أنه يمسكه كل ما ذكر أعلاه  
 أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكره أعلاه  
 أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكره أعلاه

Fait à : ..... ب : ..... في : .....  
 Le : .....

Je déclare les informations ci-dessous  
 Je déclare les informations ci-dessous  
 أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكره أعلاه

Fait à : ..... ب : ..... في : .....  
 Le : .....

توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré (e)  
 توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins  
 توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

\* Cocher la mention dans chaque case  
 \*\* Accorder l'enquête 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  
 مارالمون - ساحة مختار - الدار البيضاء م.ب. 2186 - الهاتف: 080 200 7200 - الفاكس: 080 203 3333  
 Maison de l'Assure - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

اطبع

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممنوعة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توزيع وطالع المسيدلي او مومن التجهيزات الطبية
10/05/2021	T. 5550,00	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux <b>Mme ALLOUCHE Zohry Khayaya</b> Pharmacie Les Arenes 5, Rue Jalal Eddine Sayouti Quartier Racine Té.: 05 22 36 28 24 - Casablanca
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1 092010841		
25/05/2021	T. 108,00	<b>Mme ALLOUCHE Zohry Khayaya</b> Pharmacie Les Arenes 5, Rue Jalal Eddine Sayouti Quartier Racine Té.: 05 22 36 28 24 - Casablanca
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1 092010842		

#### Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



**مديرية التأمين الصحي الإجباري**  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 210605668300203

Emis à Casablanca le : 17/06/2021

Page : 1

**Identifiant de la famille** تعریف العائلة

N° d'immatriculation: 145262516  
Règlement du mois : 06/2021  
Mode de paiement : Virement

HARAR NAIMA  
CITE BAALABAK N 87 AIN DIAB  
CASABLANCA 3200

**Informations :**

معلومات :

مبلغ التعويض	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	المراجعة المرجعية	مبلغ المصاري	مهنيو الصحة	العمليات	تاريخ العلاج	رقم	مراجع الإشعار بالاستلام
Montant remboursé	Taux de remboursement%	Base de remboursement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Référence accusé de réception	مراجع الإشعار بالاستلام
<b>HARAR NAIMA</b>											
142,50	95	150,00	1,00	1,00	150,00	200,00	MEDECIN SPECIALISTE	CS	10/05/2021	088983937	
236,25	70	337,50	1,00	1,00	337,50	800,00	MEDECIN SPECIALISTE	K	10/05/2021	088983937	
5 375,10	95	5 658,00	1,00	1,00	5 658,00	5 658,00	ETABLISSEMENT PRIVE	PH	10/05/2021	088983937	
<b>Total remboursé pour NAIMA</b>											<b>5 753,85</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>5 753,85</b>

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission

# Professeur EL MRINI M Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le .....

**25/05/2021**

## NOTE D'HONORAIRES

Nom: **Mme HARAR**

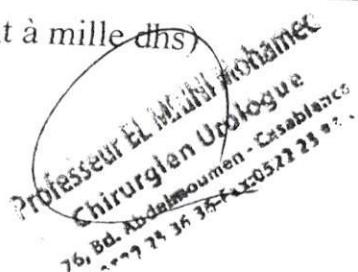
Prénom: **NAIMA**

*BCG thérapie intra-vésicale par sondage vésical*

$$C_3 + k_5 = 1000.00 \text{ dhs}$$

Total = 1000.00 dhs

(Montant total s'élevant à mille dhs)



76 شارع عبد المؤمن الطابق الثالث الدار البيضاء  
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80  
E-mail : melmrini@hotmail.com

# Professeur EL MRINI M Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

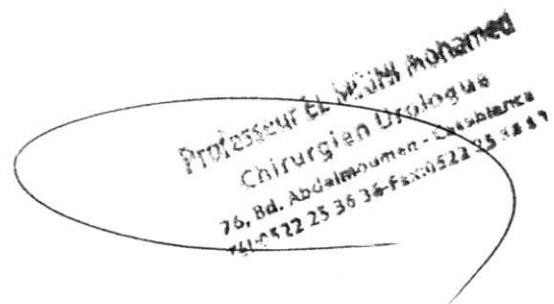
الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le .....  
25 MAI 2021

Dr MELLOUCHE  
Pharmacie Les Arenes  
5, Rue Jalal E-ddine Sayouti  
Quartier Racine  
Tél. 05 22 36 24 - Casablanca

007 200 ( mali 10 )  
108 0 14 le Dr de deux  
semaine



76 شارع عبد المؤمن الطابق الثالث الدار البيضاء ■  
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80  
E-mail : melmrini@hotmail.com

**Professeur EL MRINI M**  
**Chirurgien Urologue**

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

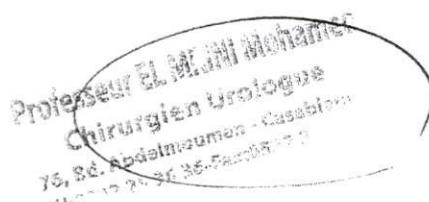
Casablanca, le ..... 10 MAI 2021

M<sup>h</sup> Hassan Mrini

ST OHC B.C. (925,00x6)

Charité T: 555,00  
in R.C.E. thruani endovesci

Mme ALLOUCHE Zohry Khadja  
Pharmacie Les Arenes  
5, Rue Jalal Eddine Sayouti  
Quartier Racine  
Té.: 05 22 36 28 24 Casablanca



76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca ■  
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

شارع عبد المؤمن الطابق الثالث الدار البيضاء 76  
E-mail : melmrini@hotmail.com

FEUILLE DES  
MÉDICAMENTS

DIRECTIONS RÉGIONALES  
ANFA  
AGENCE MAROC

Numéro d'immatriculation : 145.262.546

Nom et Prénom : HARAR Name

Bénéficiaire : .....

TÉL / GSM : 06.61.45.33.65

Partie réservée aux codes à barre des médicaments :



PPV: 925.00 DH

INSTITUT PASTEUR  
DU MAROC



PPV: 925.00 DH

INSTITUT PASTEUR  
DU MAROC



OCET 200 mg

Boîte de 20 comprimés enrobés



PPV: 925.00 DH



PPV: 925.00 DH

INSTITUT PASTEUR



PPV: 925.00 DH



PPV: 925.00 DH