

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-664844

COMPLEMENTAIRE

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
1494

Société :

RAM

98193

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BEN HADDOUD MOUSTAPHA

Date de naissance :

03 06 54

Adresse :

**19 RUE BAALABAOK EIG 3 N° 6
BENTATA CASA 20120**

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENTAIRE

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

FOUZIA OUDABES

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 :

CASA

Le **15 NOV 2021**

Signature de l'adhérent(e) :

M. Boudjellal



Le 15/11/2021

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 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 préfectorats 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.

اتباعها يحب تعليمات

تقديمه وفقه العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(صفات طبية، فوائتير،).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عما طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (٦٠ يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية
المحددة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسئولة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرّح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

خاص ب媿یرۃ التامین الصحی الإجباری
Réservé à la DAMO

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تفصيل * Exécution *	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : O.U.PADES EDUZIA		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 16P184117		رقم التسجيل :	
N° CIN : 16131719147		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> نوح <input checked="" type="checkbox"/> ماما-même		Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/> ابنة	
Adresse : 19 rue Boulbacha Benjdia app 6 CASABLANCA العنوان :			
Montant des frais :		د. 12542	مبلغ المصروف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : J.M.DADES EDUZIA		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 14/11/1961		تاريخ الازدياد :	
N° CIN: 16131719147		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		الجنس* :	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري ..	
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins* نوع العلاجات			
Hospitalisation <input type="checkbox"/>		استشفاء <input type="checkbox"/>	
Maternité <input type="checkbox"/>		أمومة <input type="checkbox"/>	
Accident <input type="checkbox"/>		حادثة <input type="checkbox"/>	
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>		مرض <input type="checkbox"/>	
'atteste sur l'honneur l'exactitude des enseignements portés ci-avant.			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : 28/02/2021			
Le : 21/01/2021 في :			
نحوه المؤمن له			
Signature de l'assuré(e)			
اصح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه			
ب: في:			
نحوه 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

العنوان: CNSS Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Cas Gare Téléphone : 060 203 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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
28/07/2021		8	200	
INPE et code à Barres 				
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 المفوت 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 والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت 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 					

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28 - 7 - 2021	1004120	
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Clinique
Villa des Lilas

Casablanca, le 28/07/2011

ANALOGUE RONIA
16,20 x 6 ASABLANCA 318 2218
17,30 278587 278560
Dipatam 81
1710 x 278560
① D. Laigne 318 2210
278560
29,10 x 3 1/2 278562
③ Noradol 1/2 278562
16,20 x 5 318 278570 2717
④ Norinac 318 278563
278563
TIN 23/07/2011 17/10/2011

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique



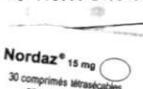
6 118000 410447

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
PER.08 2025
P.P.V : 16DH20



6 118000 060475

Nordaz® 15 mg
30 comprimés minuscules
PROMOPHARM



6 118000 240549

Nordaz® 15 mg
30 comprimés minuscules
PROMOPHARM



6 118000 240549

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 16DH20

LOT 21E002
PER.03 2026

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 16DH20

LOT 21E002
PER.03 2026

LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V : 17DH10

LOT 79E003
PER.10 2022

6 118000 012375

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

المرسل إليه:

Date : jeudi 16 septembre 2021 التاریخ:
Heure : 10 h 10 UTC المساعة:

Destinataire :

OUDADES FOUZIA
19 RUE BAALABAK 2EME ETG BEN JDIA ALSACE LORRAINE
20120
CASABLANCA



N° CNSS	160184117	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B379466	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1254.2 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	14 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	OUDADES FOUZIA	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذانين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات : يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف.

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم 080 20 30 100 أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

للاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام 080 203 3333 / 080 200 7200

Pour plus d'informations : merci de visiter notre site Web www.cnss.ma ou le portail des assurés www.cnss.ma/Portail/ ou l'application mobile Ma CNSS 080 20 30 100 ou appeler notre serveur vocal au numéro 080 203 3333 / 080 200 7200

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros 05 22 41 80 63 Fax 05 22 88 01 93 Tél CASABLANCA Ville 139, Angle Avenue Mers Sultan et rue Zerhoun

العنوان Adresse MERS SULTAN وظيفة Agence

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 211008801256055	Emis à Casablanca le : 05/10/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 160184117 Règlement du mois : 10/2021 Mode de paiement : Virement	OUDADES FOUZIA 19 RUE BAALABAK 2EME ETG BEN JDIA ALSACE LORRAINE CASABLANCA 2012	
	Informations :	معلومات :	

مبلغ الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنبو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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
OUDADES FOUZIA										
067173295	28/07/2021	CNP	MEDECIN SPECIALISTE PHARMACIE	250,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
067173295	28/07/2021	PH		1 004,20	738,70	1,00	1,00	738,70	70	517,09
Total remboursé pour FOUZIA										650,09
Total général remboursé										650,09

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان