

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº M21- 0059859

Optique *10h336*  Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5183* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *S.H.A.MI Fatemci*

Date de naissance : *01-01-58*

Adresse : *R.Samia, Bd Bourguiba, angle Rue Ibn Youssouf KALAKA'S N° 130 Casab*

Tél. : *06.05.90.43.22* Total des frais engagés : *739,00* 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 : *CA81A*

Le : *17/02/2012*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



## 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 وكل حدث.

وجب 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهر من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية.

الرجوعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب المرافقة المسينة. لاتحة 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 تصريف كاذب للإسقادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطلب الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

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

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

نوع الإسلام : \_\_\_\_\_

 <b>الصندوق الاجتماعي للمغاربة 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> Réf. : 610-1-03 <small>Réf. : ANAM 1.2.0.01</small>
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier : **60590432**  
**خاص بالمؤمن له (نعم)**

الإسم العائلي والشخصي : .....  
 رقم التسجيل : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نعم)

N° CIN : **P\_1994TP5\_1\_1**  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
 Conjoint  زوج  
 Enfant  ابن

العنوان : **R.SANAR, 1106 Rue Ibn KALAKIS, 130 Bd. Bourguiba**  
 مبلغ المصاري : ..... درهم **739000** Dhs.

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

Nombre de pièces jointes : **1**

**تصريح الطبيب المعالج**  
 المستفيد من العلاجات  
 الإسم العائلي والشخصي : .....  
 تاريخ الإيداع : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 الجنس : \*  ذكر  أنثى

الرقم الوطني الإسلامي والرقم المشفق \*\*  
 INPE et code à barres \*\*  
 ملخص

Médecin traitant .....  
 Etablissement de soins .....  
 الطبيب المعالج .....  
 المؤسسة العلاجية .....

**نوع العلاجات**  
 قبل المرض المزمن : \*  
 رقم ملف المرض المزمن : .....  
 رقم المرض المزمن : .....  
 Hospitalisation\*  استشارة\*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  
 Fait à : **Casablanca**  
 Le : **01/09/2021**

أشهر بمصداقية وصحة  
 المعلومات المذكورة أعلاه  
 ب : .....  
 في : .....  
 توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accorder l'étiquette portant l'INPE (identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - ماسن دايلر - الدار البيضاء - المغرب - 2186  
 مains de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casab Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
30/05/2021		C.6		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع و طابع 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

وصف العمليات المجردة

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الاحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفترض Prix facturé	توقيع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
30/05/21		
INPE et code à Barres	092012293	
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tennilthe 260 mg. B100 cp  
P.P.V : 67,80 DH

6 118000 060895

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 239,00 DH  
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 239,00DH  
6 118001 140800

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
LOT : 21E002  
PER : 03 2026  
P.P.V : 57DH30  
6 118000 060482

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Laractil 100mg cp  
peil 330  
P.P.V : 23,80 DH  
6 118000 012375

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Laractil 100mg cp  
peil 330  
P.P.V : 23,80 DH  
6 118000 012375  
TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
LOT : 21E002  
LOT : 21E001  
PER : 12 2022  
P.P.V : 29DH50  
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
LOT : 21E003  
PER : 04 2023  
P.P.V : 29DH50  
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
LOT : 21E002  
PER : 03 2023  
P.P.V : 29DH50  
6 118000 011576



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le :

30/09/2021

## ORDONNANCE

Docteur :

Dr K SAR Mohamed

6760

1 -	Teralith	250	250
2 -	Carbamyl	01 et 1/2	100
3 -	Magnan	-	100
4 -	Levo	-	100
5 -	Teunes ta	215	215

1, Rue Fer des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tel.: 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax: 05 22 29 94 83

Le de 30/09/2021

HÔPITAL  
Registre des  
PSYCHIATRIE

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Référence structurée : 211109909512314

Emis à Casablanca le : 23/11/2021

Page : 1

## Identifiant de la famille

## تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 15962008  
Règlement du mois : 11/2021  
Mode de paiement : VirementKSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

## Informations :

معلومات :

مرجع الاشعار بالاستلام Reference accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	ال العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
086499918	20/09/2021	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
086499918	20/09/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	403,00	398,40	1,00	1,00	8,40	70	278,88
086499919	30/09/2021	CG	HOPITAL IBN ROCHD	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086499919	30/09/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	739,00	596,90	1,00	1,00	596,90	70	417,83
086499917	05/10/2021	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
086499917	05/10/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	529,60	530,40	1,00	1,00	530,40	70	370,72
086499917	05/10/2021	PHN	PHARMACIE ATTAWHID	0,00	34,00	1,00	1,00	34,00	00	0,00
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>1 179,43</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 179,43</b>

Si erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان