

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 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

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-688626

~~COMPLÉMENT~~

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	702	Société :	103435
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	EL MAROUI Ri'oud
Nom & Prénom : EL MAROUI Ri'oud			
Date de naissance : 01-01-48			
Adresse : 51, Rue HASSANE II El HAMMA			
Tél. : 06 62 21 36 03 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____

_____ l'adhérent(e) : _____

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
				INP : [] [] [] [] [] [] []

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAX 13 PH		

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

CIM-10

Actes Paramédicaux						مهمات المساعدين الطبيين
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ الموقر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
15/03/22	A M M	10AHHM10	10	1000,00	<p>Cabinet de Kinésithérapie ARSAOUI Yassir Lotissement Missimi Rue 20 N°7 Bd. Abou Regag - Hay Hassani Tél. 05 33 66 11 16 GSM (+212) 06 50 133 659</p>	
INPE et code à Barres 						
INPE et code à Barres 						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

جدول الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزودة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

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.

اتباعها بحث تعلمات

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ، وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طيبة، فوائير ،...).

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 و الوثائق 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 بظل رهبا يطلب الموافقة المسبقة.
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 تصریح کاذب للإستفادة 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 و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p> تاريخ الإيداع: _____</p> <p>Date de dépôt du dossier: _____</p>	<p> تاريخ الاستلام: _____</p> <p>Date d'arrivée : _____</p>

أمثلة، النماذج المطلوبة
** Accéder à l'enquête portant l'ENI (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
دار المؤمن - سلامة تكاليف - الدار البيضاء، عم. بـ، 2186 - الدار البيضاء، المملكة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333



الدار البيضاء، في

Casablanca, le 02/03/2022

CNSS

076862728



AMO

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

MME KOUIRI KHADIJA
51 RUE HASSAN HAY EL HANA
0210 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation 165014319

Objet : Avis favorable de l'entente préalable

الموضوع : قبول الموافقة المسبقة

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

En réponse au dossier d'entente préalable numéro 76862728, reçu le 24/02/2022, nous vous faisons part de notre accord pour :

جوابا على الملف رقم 76862728 المتعلق
بالموافقة المسبقة والذي وافقنا به
بتاريخ 24/02/2022، نطلبكم على موافقتنا
بخصوص

L'assuré
Le bénéficiaire
Le prescripteur
La quantité
le montant
La validité de l'entente préalable

KOUIRI KHADIJA
KOUIRI KHADIJA

10
500
du 24/02/2022 au 31/07/2022

المؤمن

المستفيد

الطبيب الواصل

الكمية

المبلغ

صلاحية الموافقة المسبقة

هذه الموافقة سلمت للمستفيد قصد تمكينه من تعويض
المبالغ المصروفة، في حدود الكمية المحددة أعلاه وتطبيقا
للتعرفة الوطنية المرجعية

كما نشير انتباهاكم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل
الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الموافقة
صلاحيتها

Le présent accord, est délivré au bénéficiaire, pour
lui permettre le remboursement des frais engagés
dans la limite de la quantité indiquée ci-dessus, et en
application de la tarification nationale de référence.

Aussi, nous vous signalons que le dépassement du
délai de validité de l'entente préalable sus mentionné
rend le présent avis sans effet.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضوا سيدتي، سيد، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

R4924

(3)

(X)

NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT



NOM : Kouci Prénom : Khadifa

1) Date de la constatation de l'état de malade :

08/02/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

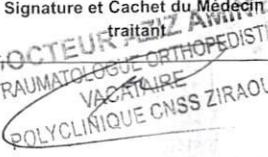
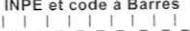
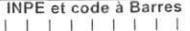
Gonorrhée DV.

3) Traitement envisagé et actes :

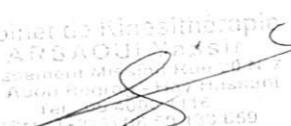
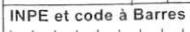
Résection

2) Durée prévisible du traitement :

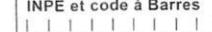
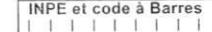
DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VASCULAIRE
POLYCLINIQUE ZIRAOUI
Signature 08/02/2022
DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VASCULAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

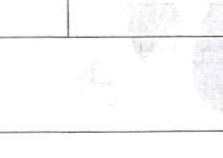
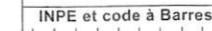
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
08/02/2022	CS				
INPE et code à Barres 					
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
22/02/22	A 04 04	10AMM10	10	10090	
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					
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 الأحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة			
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
			
INPE et code à Barres 			
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

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.

نحو وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
--	---

Identification de l'agent :

تاريخ الاعلان : ٢٠١٢/٠٢/٢٠٢٢

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 تعيين المبالغ المصرفية على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تتعين من الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لاحظ هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعميم.

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

حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل مasic ذكره.

(2)

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة * Entente préalable*	تفقد * Exécution*
N° Dossier :	Ref. : ANAM 1.0.0.01	

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : ٥١, Rue HASSANE Hay ZIRAOUI - CDA

مبلغ المصارييف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسفر **

Médicin traitant الطب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
----------------------------------	--

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن *:

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

استفادة * Hospitalisation *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : ٢٠١٢/٠٢/٢٠٢٢ Signature de l'assuré (ه) Signature de l'assuré (ه)	لتهد بصحبة كل مانع اعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : ٢٠١٢/٠٢/٢٠٢٢ Signature de l'assuré (ه) Signature de l'assuré (ه)
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), indiquer que le code à barres :

080 200 7200 / 080 203 3333 - فاكس: 2186 - فاكس: 2186 - فاكس: 2186 - فاكس: 2186

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Telephone: 080 200 7200 / 080 203 3333

Ref. : ANAM 1.0.0.01

Yassir ARSAOUI

(4)

Diplômé de l'Académie de Moscou
Kinésithérapie - Electrothérapie
Gymnastique Médicale
Massages Médicaux



عرساوي ياسير

خريج اكاديمية موسكو

الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية

الرياضة الطبية للتدليك الطبيعي

Casablanca, le 15/03/2022

FACTURE ٨١٠ ١٢/٢٢

Nom & Prénom : Mme Kouiri KHADIJ'A

Employeur :

A.T : du

Assurance : N° réf. :

10 séances de rééducation pour Gonarthrose
du genou droit.

$$10 \text{ séances} = 10 \times 100$$

Total : 1000,00 MAD

Arrêter la présente facture à la somme de Mille
dirhams

Gabinet de Kinésithérapie
ARSAOUI Yassir
Lotissement Missimi Rue 20 N°7
Bd. Abou Regrag Hay Hassani
Tél. : 05 4884 1116
GSM : (+212) 06 50 133 659

Autorisation n°110/DAA/SPA du 2005/05/03

Lotissement Missimi - Rue 20 n°7 - Bd. Abou Regrag Hay Hassani Casablanca - MAROC

Tél. : +212 808 532 136 • GSM : +212 650 133 659

ICE n° 001681346000046 - IF n° 51453019 - Patente n° 35020137 - CNSS n° 7272785



WILLIAM HENRY FOX TALBOT
AND THE INVENTION OF PHOTOGRAPHY

ROBERT KLEIN AND ROBERT L. MCKEE

INTRODUCTION BY ROBERT KLEIN

WITH A FOREWORD BY ROBERT L. MCKEE

Complément

W21-688626

Pièces fournies:

- 1) Relevé de prestations du 21/2/22
CNSS DH 385,02
- 2) Feuille de soins CNSS du 22/2/22
- 3) Note copié. Médecin.
CNSS DR AZIZ Amine
- 4) Facture KINESI
YOUSSEF ARSHAVI
- 5) Avis favorable CNSS +
- 6) feuille de soins CNSS du 16/3/22

**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 :

(X)

Référence structurée : 220314447334814

Emis à Casablanca le : 31/03/2022

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

KOURI KHADIJA
51 RUE HASSAN HAY EL HANA
CASABLANCA 2021

N° d'immatriculation : 165014319

Règlement du mois : 03/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KOURI KHADIJA 076867945	15/02/2022	AMK	KINESITHERAPEUTE	1 000,00	50,00	1,00	10,00	500,00	77	385,00
Total remboursé pour KHADIJA										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان