

## 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

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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-688626

**COMPLEMENT**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1A3435**

Matricule : **702** Société : **EL MAROUI Ri'oud**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **EL MAROUI Ri'oud**

Date de naissance : **01-01-48**

Adresse : **TA, RUE HASSANE II, S/ MANA**

Tél. : **06 62 21 603** 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) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">           Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur         </div> </div>		

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

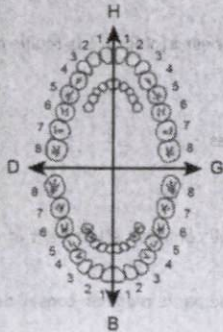
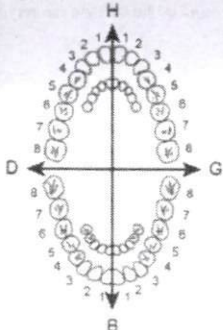
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAS 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 de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>B</p> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
		B													
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION







### 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.

<p>توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p>تاريخ الإيداع :  </p>	<p>Date d'arrivée :  </p>

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 الشرطي للأدوية  
المشتراة.

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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب 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.

 الضمان الإجتماعي <b>CNSS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : <b>Koutri Khadija</b>		الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <b>41650-44349</b>		رقم التسجيل :
N° CIN : <b>B348175</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : <b>17, Rue HASSANE Hay EL ANNA-CASA</b>		العنوان :
Montant des frais : <b>400000</b> Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <b>2</b>		عدد الوثائق المرفقة :
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>		
Bénéficiaire de soins		تصريح الطبيب المعالج
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : <b>13.10.1954</b>		تاريخ الإزدياد :
N° CIN : <b>B348175</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر		الجنس :
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
<b>Type de soins</b>		
Admission ALD * :		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :		رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :		ب :
Le : <b>15/03/2022</b>		في :
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de Soins
Cocher la mention utile pour chaque case		
* Accueillir l'assuré(e) portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.		
دار المؤمن - ساحة دافكر - ادار البضاء صر. ب. 2186 - الهاتف 080 203 3333 - 080 200 7200		

Cochez la mention utile pour chaque case

•• Accueillir 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 الهاتف - الدار البيضاء - 2186 - الدار البيضاء - 2186

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





Casablanca, le 02/03/2022 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

MME KOUIRI KHADIJA  
51 RUE HASSAN HAY EL HANA  
0210 CASABLANCA

CNSS

076862728

AMO

Réf : N° d'immatriculation 165014319

Objet : Avis favorable de l'entente préalable

الموضوع : قبول الموافقة المسبقة

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

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 وافيتمونا به  
بتاريخ 24/02/2022، نطلعكم 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 الوصف  
الكمية  
المبلغ  
صلاحية الموافقة المسبقة

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.

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

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

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل  
الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الموافقة  
صلاحيتها

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

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

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

R4924

NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Kouin Prénom : Khadifa

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

2) Renseignements cliniques sommaires :

3) Traitement envisagé et actes :

2) Durée prévisible du traitement :

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
VASCATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU  
Signature  
08/02/2022  
08/02/2022









(4)

Yassir ARSAOUI

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



عرساوي ياسر

خريج اكاڤمية موسكو  
الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Casablanca, le 15/03/2022

FACTURE N° 12/22

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> KOUIRI KHADIJA

Employeur :

A.T : du

Assurance : N° réf. :

10 séances de rééducation pour Gonarthrose  
du genou drt.

10 AMM = 10 x 100

Total : 1000,00

MAD

Arrêter la présente facture à la somme de Mille  
dirhams

Cabinet de Kinésithérapie  
ARSAOUI Yassir  
Lotissement Missimi Rue 20 N°7  
Bd. Abou Regrag Hay Hassani  
Tél. : 05 488 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





THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS  
WASHINGTON, D.C. 20540  
NBS-70-100  
NBS-70-100



RECEIVED BY THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS

ON 10/10/70

FROM THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS

TO THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS



RECEIVED BY THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS

ON 10/10/70



Compliment  
W21-688626

Piese furniz:

1) Relativ de probatiune da 21/23/22  
CNSS

DN 385,02

2) Feuille de soins CNSS du 22/2/22

3) Note confid. Medecin  
CNSS DR AZIZ Amine

4) Facture KINESI

YACIR ARCAOVI

5) Avis favorable CNSS +

6) Feuille de soins CNSS du 16/3/22



	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري  <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220314447334814	Emis à Casablanca le : 31/03/2022	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165014319 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement		KOUIRI KHADIJA 51 RUE HASSAN HAY EL HANA CASABLANCA 2021	
Informations :		معلومات :	

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
KOUIRI 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										385,00
Total général remboursé										385,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان