

# 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

- Reclamation : 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.

Matricule : **2M11** Société :

Actif  Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **NEKMOUACHE Ouasid Ep. ARRAS**

Date de naissance :

Adresse : **Hs 02 ulme**

Tél. **06 69 41 60 30** Total des frais engagés : **112.163,00 Dhs**

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **ARRAS Noureddine** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

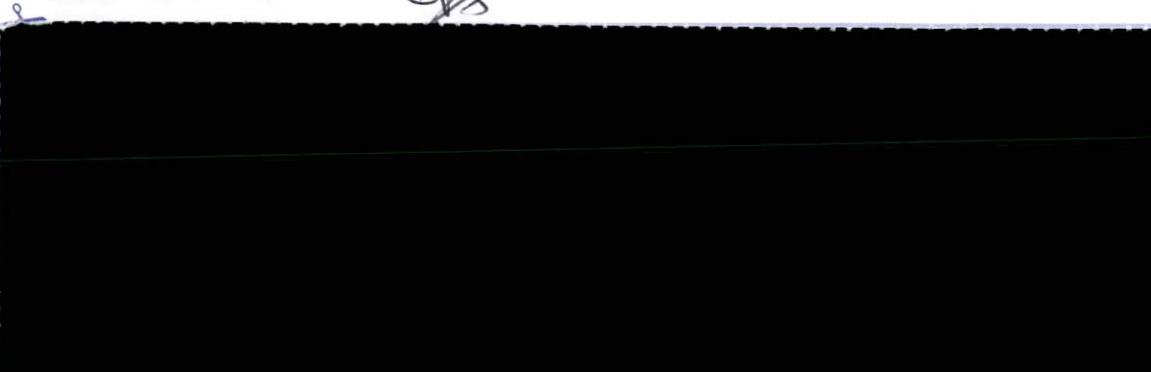
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **25/05/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : _____	
تاريخ الإيداع : ٢٠١٦_٠٣_٢٥	
	Date d'arrivée : ٢٠١٦_٠٣_٢٥

يجب تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.  
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المنشورة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، مادعا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التغطية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة. لاتخذه 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 تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

## تعليمات يجب اتباعها

 الضمان الاجتماعي <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 رقم التسجيل : 610-1-03 <small>Ref : ARRAS N° 120-01</small>
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)  
الاسم العائلي والشخصي : ARRAS N° 120-01

رقم التسجيل : ١١٧٣٣٤١٣٢١٦٢  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ٣١٣١٣٨٢١٦٢

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن

العنوان : RES FATHI M ZAHRA II Rue des Roses Angle ONAR EL KHAYAM  
HAY RAHIA BOUSSIGOUR CASA  
Montant des frais : ٩٤٦٣,٠٠ Dhs.

مبلغ المصارييف : ٩٤٦٣,٠٠ Dhs.  
عدد الوثائق المرفقة : ١٦

تصريح الطبيب المعالج  
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ARRAS N° 120-01  
تاريخ الإزدياد : ٢٠١٦\_٠٣\_٢٥

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ٣١٣١٣٨٢١٦٢  
الجنس : M ذكر  F أنثى

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفّر \*\*  
INPE et code à barres : ٠٩١٢٠٩١٤٧

Médecin traitant  
الطبيب المعالج  
Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات  
قبول المرض المزمن \* : Yes  No

رقم ملف المرض المزمن \* : ٢٠١٦\_٠٣\_٢٥  
رمز المرض المزمن \* : ٢٠١٦\_٠٣\_٢٥

Hospitalisation \*  استشارة \*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : ..... ب : ..... ف : .....  
Le : ٢٠١٦\_٠٣\_٢٥

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré (e)

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres  
٠٨٠ ٢٠٠ ٧٢٠٠ / ٠٨٠ ٢٠٣ ٣٣٣  
دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء - المغرب  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : ٠٨٠ ٢٠٠ ٧٢٠٠ / ٠٨٠ ٢٠٣ ٣٣٣

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
28/04/2023	CCG	CCG	35000MT		
INPE et code à Barres:					
INPE et code à Barres					

CIM-10

بيانات المساعدين الطبيين					
التاريخ العملياتي Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
<b>INPE et code à Barres</b>					
<b>INPE et code à Barres</b>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							عمليات الاحياء، الاشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و ملابس طبيب الاشعة او الحيائي			Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres 							
INPE et code à Barres 							

**جريدة الوصفات التي تم تسييدها والتجهيزات الطبية المفروضة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

التاريخ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مومن التجهيزات المائية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28_4_22	211300	<p>INPE et ANAM</p> <p>INPE 092042456</p> <p>Tél: 0522 36 33 27</p> <p>TCE: 0026000436000001</p> <p>19 bis Bd Thiers 31000 Toulouse</p>
	1-	
092042456		
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

**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 :

Page : 1

Référence structurée : 220516206468581

Emis à Casablanca le : 00000

**Identifiant de la famille** تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 173353212  
Règlement du mois : 05/2022  
Mode de paiement : Virement

ARRAS NOUREDDINE  
RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD  
AMAR EL KHAYAM  
CASABLANCA 2020

**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	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أسامن التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
<b>ARRAS NOUREDDINE</b>										
103370820	28/04/2022	CSC	MR HADADI ABDELAZIZ PHARMACIE MERYEM	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81	202,50
103370820	28/04/2022	PH		2 113,00	1 781,00	1,00	1,00	1 781,00	81	1 442,61
<b>Total remboursé pour NOUREDDINE</b>										<b>1 645,11</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 645,11</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

28/04/2022

M<sup>r</sup>. Azzedine Noureddine

+ 1 - FBS + bane hq de lati - step malle

09:00 23  
2 - CD - Na 20g 1/2, sse

A'S

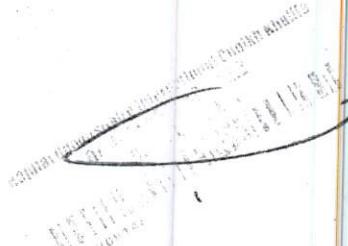
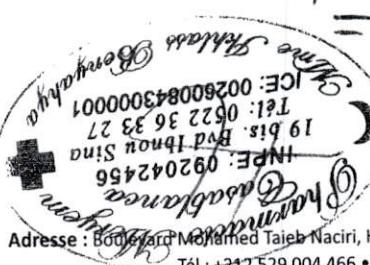
3 - Hemofan - Duo 75/100

A'S

16000x4. 181. mali-  
20400x4  
4 - Colutec 10/10g 1/2, mali-

A'S

2 M3 100  
u de 4 mois



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

**COVERAM<sup>®</sup>** 10mg/10mg  
Péridopril arginine / amiodipine

30 comprimés



**COVERAM<sup>®</sup>** 10mg/10mg  
Péridopril arginine / amiodipine

30 comprimés

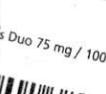
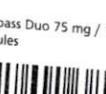
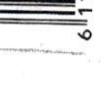
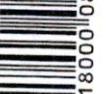
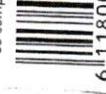


**COVERAM<sup>®</sup>** 10mg/10mg  
Péridopril arginine / amiodipine

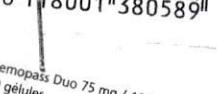
30 comprimés



**LD-NOR 20mg**  
30 comprimés pelliculés



Hemopass Duo 75 mg / 100 mg  
30 gélules



Hemopass Duo 75 mg / 100 mg  
30 gélules



Hemopass Duo 75 mg / 100 mg  
30 gélules



Id : [REDACTED]

Noureddine, Arras

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

28/04/2022 14:13:27

FC: 75 bpm

Rv5-e/Sv1 : 1.93/0.90 mV

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

PR: 180 ms

Sok-Lyon : 2.83 mV

QRS: 98 ms

Axe: 54/18/51 °

QT/QTcH: 368/394 ms

QTcB: 411 ms

QTcF: 396 ms

Normal ↘

TA 159 / 85



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

## Reçu de caisse

N° : 220428125849SA

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200495410	ARRAS NOUREDDINE	28/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0993	350,00
Total payé		350,00

Hôpital Universitaire International  
Consultation cardiologie

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 52 032 / 2022 du 28/04/2022

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Entrée 28/04/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 28/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>350,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Consultation Cardiologie