

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0008110

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SHAM: Fatima
Date de naissance : 01-01-1958
Adresse : R. Sanaa, Angle Rue Ibnou KALAKIS, Bd Benguigne
N° 130, Benguigne CABA.
Tél. : 06 05 8043 20 Total des frais engagés : 856,50 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 :

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 : CABA Le : 20 / 06 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

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

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 طبقا للمساطر القانونية.

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة		مديرية التأمين الصحي الإجباري
	Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة *	تنفيذ *	مراجعة *	مرجع رقم 610-1-03

N° Dossier :

0605304320

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : KSAR Mohamed

N° Immatriculation : 1152168141218

N° CIN : 1152168141218

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : R. SANA, Angle Rue Ibnou KALAKIS, N° 130 Bd. Benguegne

Montant des frais : 8.565.000 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : KSAR Mohamed

Date de naissance : 11/11/1951

N° CIN : 1152168141218

Sexe : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres **

1152168141218

Médecin traitant

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD : Oui ☐ Non ☐

N° dossier ALD : 1152168141218

Code ALD : 1152168141218

Maladie* ☐ مرض* Hospitalisation* ☐ استشفاء*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Fait à : Casablanca

Le : 07/04/2022

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e)

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

080 200 7200 / 080 203 3333

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

توقيع وطابع الوكالة	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Cachet et signature de l'Agence	Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الإيعاز : 11/11/1951
Date de dépôt du dossier : 11/11/1951	Date d'arrivée : 11/11/1951

Formation : K S A Z gel
Reçu de M :
La somme de :

Signature du
Régisseur et Cachet

1072422

وصف العمليات المجراة

توقيع و طابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin
traitant

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
C	
Total	65

Total	65
-------	----

Regle des Restes

--	--	--	--	--	--	--

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 المفوتر 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

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NCAD/NARM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
----------------------------------	--------------------------------	---	--------------------------------------	--

					NGAP/NABM	NGAP/NABM	NGAP/NABM

INPE et code à Barres

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

INPE et code à Barres

| | | | | | | | | |

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	الثمن المفوتر	تاريخ التنفيذ
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix facturé	Date d'exécution

07/04/22	796,50	CASABLANCA Tel: 06 22 78 80 42 Hay Sadit Snc 3 Rue 10 N° 33
----------	--------	---

INPE et code à Barres

1 1 1 1 1 1 1 1 1

INPE et code à Barres

1 1 1 1 1 1 1 1

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Nature de la prestation	Prix Unitaire	- Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220617286966066	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille : تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement	KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
KSAR MOHAMED										
089034447	07/04/2022	CNP	MME RSINI HANANE	60,00	60,00	1,00	1,00	60,00	90	54,00
089034447	07/04/2022	PH	PHARMACIE ATTAWHID	796,50	637,00	1,00	1,00	637,00	70	445,90
089034507	28/04/2022	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089034507	28/04/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	985,00	318,40	1,00	1,00	318,40	70	222,88
Total remboursé pour MOHAMED										778,78
Total général remboursé										778,78

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



بن رشد

Casablanca

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac

Fumer tue

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le :

07/04/2022

ORDONNANCE

remise

Docteur

à la Famille

KSAR

Med

Leralith

20ml

00 - 01 cl 1/2

2 - Disperdal gouttes :

03 - 03 pdt l'ois

39,00 x 2 02 - 02

3 - lamictal 100 g

57,30 x 2 01 - 01

4 - Noziran 100 g

29,50 x 3 00 - 1/2

3,80 x 2 - Fevasta 2,5 g 1/2 - 01

6 - laryschl 100 g 00 - 1/2 sans Arrêt

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 Fax : 05 22 48 20 20

Tu de 3 mois RMI rsl. 120000

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 239,00 DH



6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 239,00 DH



6 118001 140800

CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

TEMESTA 2,5MG

CP SEC B30

P.P.V : 29DH50



6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG

CP SEC B30

P.P.V : 29DH50



6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG

CP SEC B30

P.P.V : 29DH50



6 118000 011576

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Largactil 100mg cp

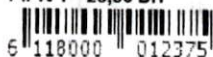
pell b30

P.P.V : 23,80 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100mg cp

pell b30
P.P.V : 23,80 DH



6 118000 012375

LOT : 21E006
PER : 08 2024