

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-702387

Ben Abdellah

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 1492		Nom & Prénom : BENKADIR	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 03 - 06 - 59		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : 19 Rue BOALABAK EPG 2 N° 6 BENSDIA		Total des frais engagés : 06.33.30.33.63 Dhs	
Tél. :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Ben Abdellah  
fakir  
contraint

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DUDADES Fakir Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

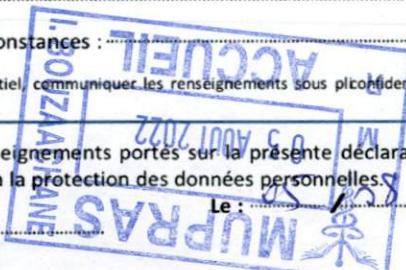
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 05/05/2012 / 22

### 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 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 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.

### جلسات بحث انساعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يحبب 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الالكترونية إلى الصندوق الوطني للضمائن الاجتماعي في طرف شهرين 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المحددة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسية.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

## الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرّح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقّة. سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

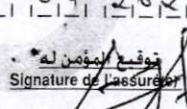
**توقيع وطابع الوكالة**  
**Cachet et signature de l'Agence**

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

**Identification de l'agent :**

تاریخ الابداع: \_\_\_\_\_ | Date de dépôt du dossier: \_\_\_\_\_

تاریخ الاستسلام: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date d'arrivée: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *	رقم - 610-1-02 تاريخ: 12/06/2018
<b>N° Dossier :</b>			
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>			
خاص بالمؤمن له (لها) : <b>الاسم العائلي والشخصي :</b>			
<b>Nom et prénom :</b> DUDADES Fouzia			
<b>N° Immatriculation :</b> 1151011841117			
<b>N° CIN :</b> 18379466			
<b>Référence de l'assuré(e) :</b> 701 7ème			
<b>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</b> علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/>		نوج <input type="checkbox"/> 701 7ème	
Enfant <input type="checkbox"/>		ابن <input type="checkbox"/>	
<b>Adresse :</b> 19, Rue BAALABAII ETG 2 N° 6 Benzia Casa			
<b>العنوان :</b>			
<b>Montant des frais :</b> مبلغ المصاريف : 6864250 Dhs			
<b>Nombre de pièces jointes :</b> عدد الوثائق المرفقة : 1			
<b>Déclaration du médecin traitant</b>			
<b>ال المستفيد من العلاجات</b>			
<b>Bénéficiaire de soins</b>			
<b>الاسم العائلي والشخصي :</b>			
<b>Nom et prénom :</b> Mme DUDADES Fouzia			
<b>Date de naissance :</b> 14/11/1985			
<b>N° CIN:</b> 1111111111111111			
<b>Sexe :</b> الجنس: M ♂ ذكر F ♀ أنثى			
<b>INPE et code à barres</b> .. الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر ..			
194903960			
<b>Médecin traitant</b> <b>الطبيب المعالج</b>			
Dr. M. A. ABDALLAH DENTISTE - VENERELOGUE Avenue 2 Mars 1er 1000 Tunis 1er 289703			
<b>Etablissement de soins</b> <b>المؤسسة العلاجية</b>			
<b>Type de soins*</b> نوع العلاجات			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحّة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : Le : 07/04/2018		بـ: في:	
		توقيع المؤمن له * Signature de l'assuré	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		أصر بصادقية وصحّة المعلومات المذكورة أعلاه	
Fait à: CASA Le: 19/01/2018		بـ: في:	
توقيع وطبع طبيب المعالج أو المؤسسة الصحية			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوع 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	
07/04/22	C.41		250 DH		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
نوع 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
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الأحياء، الأشعة والتصوير
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NBM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي 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				
نوع التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
07/04/2022	180 DH			
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Cadbury zero chocolate  
29/pc ~~ans~~

calcite  $\bar{a}$

701.00 4 J value

Reguna cu  
af plant

205.00  
my xmas

1st plant - like a cactus - very  
succulent

Myxine glutinosa ~~for~~ ~~SV~~ ~~all~~ ~~on~~

72.0°

Herbaceous

SANS PROSPECTUS

3 P 5

Labral

060603 5966 w  
06610736 98

וְשָׁמְדֵנִי

28343H/3

08 2021

08 2023

**PPV: 205,00 Dhs**

AMM: 404/17DMP

TEGUMA® 1%

Claims 30-9



**Xyzall® 5 mg**

Boîte de 28 conteneurs pratiqués  
pour les émissions d'urines



6 118000 021599

THE BOSTONIAN

**Docteur Malika AJBABDI**  
**DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE**  
**Spécialiste des Maladies de Peau**  
**des Ongles du Cuir Chevelu**  
**Maladies Sexuellement Transmissibles**  
**Cosmétologie**

**D**  
**V**

الدكتورة مليكة أجبابدي  
 اختصاصية في الأمراض الجلدية  
 الجلد والأظافر  
 الشعر والأمراض التناسلية  
 الطب التجميلي

Casablanca, le : ..... 7.4.22

Mme OUDAGUES Faouzia

90,50

XyZall

140g  après repas

- Préparatifs

243,70

{ Sphacelum blanc: 1 flacon 16/04/2022  
 n° 280440  
 Jumadal gel: 1 flacon

Skincalite blanc: 1 flacon

1 appr. poit 5g cu: cuidez

1/2 poit 10g

2 poit → 25

1 poit → 35

- Prokrap blanc anti ceste

7 poit/1 cu: cuidez

122، إقامة نصر الله - شارع 2 مارس زاوية مولاي إدريس الأول - الطابق الثاني - الدار البيضاء أنفا - الهاتف : 05 22 86 17 03  
 122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup> 2<sup>ème</sup> étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03

 <b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVE DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : <b>مرجع رقم</b>
<b>Référence structurée :</b> 220718808975118		<b>Emis à Casablanca le :</b> 00000
<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 160184117 Règlement du mois : 07/2022 Mode de paiement : Virement		OUDADES FOUZIA 19 RUE BAALABA 2EME ETG BEN JDIA ALSACE LORRAINE CASABLANCA 2012
<b>Informations :</b> <b>معلومات :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	معامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
<b>BENKADMIR MOSTAPHA</b>										
080463176	30/06/2022	CS	MME AJBABDI MALIKA	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
080463176	30/06/2022	PHN	PHARMACIE NOUVELLE	80,10	80,10	1,00	1,00	80,10	00	0,00
080463176	30/06/2022	PH	PHARMACIE NOUVELLE	397,00	70,00	1,00	1,00	70,00	70	49,00
<b>Total remboursé pour MOSTAPHA</b>										<b>154,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>154,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان