

## 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

- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W21-704677

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHADMI A.F.A.  
 Date de naissance : 07.01.57  
 Adresse : HABITAT  
 Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 8646,00 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 : CASABLANCA 16/03/2022 Le : 16/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-704677

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509  
 Nom de l'adhérent(e) : CHADMI  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## 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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p><b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p><b>Réserve à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>Date de dépôt du dossier : 11/11/2011 تاريخ الإيداع</p>	<p>Date d'arrivée : 11/11/2011 تاريخ الاستلام</p>

<p>الضمان الاجتماعي MOROC CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p><b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b></p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p><b>Partie réservée à l'assuré(e)</b></p>		
<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>SRAIRI Abdelilah</b></p> <p>رقم التسجيل : <b>1111111111</b></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1111111111</b></p> <p>N° CIN : <b>1111111111</b></p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : <b>LOT Z ZAHAR N° 10 Sid EL Abed TEMARA</b></p> <p>مبلغ المصاريف : <b>3.646,00 Dhs.</b></p> <p>Montant des frais :</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : <b>3</b></p> <p>Nombre de pièces jointes :</p>		
<p><b>Déclaration du Médecin traitant</b></p>		
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : <b>Dr. L. NEUROLOGUE</b></p> <p>تاريخ الإيداع : <b>2, Imn. 209, Av. Moulay Ali Cherif</b></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>Cité Massira El-Temara</b></p> <p>N° CIN : <b>GSM: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 46 99</b></p> <p>Sexe * : <b>M</b> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك ** : <b>INPE: 1012088558</b></p>		
<p><b>INPE et code à barres **</b></p>		
<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>	
<p><b>Type de soins</b></p>		
<p>Admission ALD * : <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/></p> <p>N° dossier ALD : <b>1111111111</b></p> <p>Code ALD : <b>1111111111</b></p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <b>Temara</b></p> <p>Le : <b>11/11/2011</b></p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p><b>Cachet et Signature de l'établissement de soins</b></p> <p>NEUROLOGUE</p>		

\* Cocher la mention utile pour chaque cas  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code de l'ALD  
080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف 2186 - الدار البيضاء المحطة - 2186  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 - 080 203 3333



[illegible]

<b>Actes Paramédicaux</b>						<b>عمليات المساعدين الطبيين</b>
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات .Code des actes	معاملات العمليات <b>Lettre clé + Cotation NGAP</b>	عدد العمليات <b>Nbre d'actes</b>	المبلغ المفوتر <b>Montant facturé</b>	توقيع و طابع المساعد الطبي <b>Signature et Cachet du Paramédical</b>	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							عمليات الإحياء، الأشعة و الصور توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé					
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

DR. LYOUSSI MOUNA

Neurologue - Epileptologue  
(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux  
Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الذكتورة اليوسي موني

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع  
(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ والأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

تمارة le: 29/04/2022 في تمارة

N. SRAIRI Abdelilah

41- Rilutek 50mg

1cp x 2j pdt 03 mois

2882,0043

8646,00

PHARMACIE AL FATH

صيدلية الفتح  
91 شارع الرباط - قاسم  
الهاتف: 05 37 69 27 07

Dr. LYOUSSI Mouna  
NEUROLOGUE  
2, Immeuble 209, Av. Moulay Ali Chérif  
Cité Massira I - Temara  
Tél: 06 68 95 94 64 - Fax: 05 37 69 27 07  
INPE: 1042085558

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel  
P.P.V: 2882,00 DH  
5 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel  
P.P.V: 2882,00 DH  
5 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel  
P.P.V: 2882,00 DH  
5 118001 081745

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>			مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220820378392918		Emis à Casablanca le :	Page : 1
	<b>Identifiant de la famille</b>	<b>تعريف العائلة</b>	SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204	
	N° d'immatriculation : 176440610 Règlement du mois : 08/2022 Mode de paiement : Virement			
<b>Informations :</b>				

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
SRAIRI ABDELILAH										
086863717	29/04/2022	KCC	PHARMACIE	8 646,00	8 646,00	1,00	1,00	8 646,00	95	8 213,70
<b>Total remboursé pour ABDELILAH</b>										<b>8 213,70</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>8 213,70</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 086863717



pharmacie AL FATH.

91, Bd de Rabat-  
sidi - kacem

INPE: 052023 595

patente: 21606785

ICE: 002008833000029

date 29/04/2.

A. / R SRAIRI

Abdelilah.

## facture

Rilutek . 50mg . 3 Btes .

$$\frac{2882,00 \times 3}{8646,00}$$

facture arrêtée à la somme de .  
huit mille six cent quarante six dirham

  
PHARMACIE AL FATH  
صيدلية الفاذ  
91 شارع الرباط - سيدي قاسم  
الهاتف: 05 37 59 27 07

Date : lundi 27 juin 2022 التاريخ:  
Heure : 10 h 45 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

SRAIRI ABDELILAH  
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT  
12040  
TEMARA



86863717

N° CNSS	176440610	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	A800679	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	8646 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :  
merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
Ma CNSS  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات :  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال ألو الضمان على الأرقام

الهاتف  
05 2241 81 52  
Fax  
06 08 89 07 91  
Tél  
RABAT  
/ 92

المدينة  
Ville  
N 02-Amal 6, Quartier industriel  
Yaacoub El Mansour

العنوان  
Adresse

RABAT YACOUB AL MANSOUR

وكالة  
Agence