

## 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

- 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° W21-765703

Par  
Par

133622

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

2509

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHADI ABBAP

Date de naissance :

07/01/57

Adresse :

MAISON

Tél. :

0661095613

Total des frais engagés :

900,00

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

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 : 06/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ST CVD

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-765703

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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.

### تعليمات يجب اتباعها

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 المرملة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة 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 نصريح كانه 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.

توقيع و طباع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري

Réserve à la DAMO

Identification de l'agent : .....

تاريخ الإيداع : ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

تاريخ الإسلام : ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

	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 *	Exécution *	Réf. : 610-1-03

ANAM 1.2.02.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : .....  
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  العنوان :

مبلغ المصاريف : ..... درهم ٣٥٠,٠٠ Dhs.

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : .....  
تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
الجنس : \* .....

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق \*\* .....  
Médecin traitant .....

Médecin traitant .....  
Etablissement de soins .....  
المؤسسة العالجة .....  
Type de soins .....

قبل المرض المزمن \* .....  
رقم ملف المرض المزمن .....  
رمز المرض المزمن .....  
نوع العلاجات .....

أصرح بمصداقية وصحة

المعلومات المذكورة أعلاه .....  
ب : .....  
في : .....  
Fait à : .....  
Le : ..... ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

ج : .....  
في : .....  
Fait à : .....  
Le : ..... ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

ج : .....  
في : .....  
Fait à : .....  
Le : ..... ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

ج : .....  
في : .....  
Fait à : .....  
Le : ..... ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

ج : .....  
في : .....  
Fait à : .....  
Le : ..... ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

ج : .....  
في : .....  
Fait à : .....  
Le : ..... ٢٠٢٢\_٠٦\_٢١

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ..... ١٧٦٤٤٠٢١٠  
N° Immatriculation : ..... ٢٨٠٦٤٧٩

N° CIN :

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse :

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : .....  
.....

Date de naissance : .....  
.....

N° CIN : .....  
.....

Sexe \* : .....  
ذكر  M .....  
أنثى  F .....  
.....

INPE et code à barres \*\* .....  
.....

Médecin traitant .....  
الطبـيـنـ العـالـجـ

Etablissement de soins .....  
ال مؤـسـسـةـ العـالـجـ

Type de soins .....  
.....

Admission ALD \* : .....  
Oui  Non

N° dossier ALD : .....  
.....

Code ALD : .....  
.....

Maladie\*  مرض \*

Hospitalisation\*  استشـفـاءـ \*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des

renseignements portés ci-avant.

شـهـدـ بـصـحـةـ كـلـ مـاـ نـكـرـ أـعـلـاـ

.....

Je déclare les informations ci-dessus

سـيـرـقـاـسـ مـسـيـرـةـ

صـيـرـفـةـ كـلـ مـاـ نـكـرـ أـعـلـاـ

.....

sincères et véritables.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
8/09/1 2022			6	6	 <b>Dr. ATTIAQ</b> Médecin Spécialiste Maladies Respiratoires Asthme - Allergies Enfants et Adultes
INPE et code à Barres 11111111111111111111 10.11.09.882					
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

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 1_1_1_1_1_1_1_1_1						
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2022/P/114078

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS

IPP : 1618166

DATE ENTREE : 21/09/2022

N° DOSSIER : A223645821

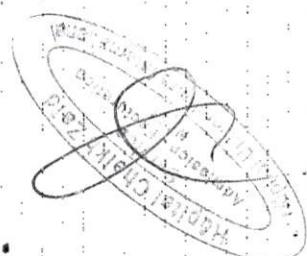
DATE SORTIE : 21/09/2022

NOM &amp; PRENOM : SRAIRI ABDEILAH

DATE FACTURATION : 21/09/2022

DESIGNATION DES PRESTATIONS		PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>				
PLÉTHYSMOGRAPHIE		900,00	1,00	900,00
				<b>TOTAL ACTES : 900,00</b>
<b>Honoraires Médecins</b>				
MOULINE SOUMIA		370,00	1,00	370,00
PLÉTHYSMOGRAPHIE				
				<b>TOTAL MOULINE SOUMIA : 370,00</b>
<b>TOTAL Honoraires : 370,00</b>				
Arrêtée la présente facture à la somme de neuf cents et xx / 100			Total général :	900,00
Total encaissement :	900,00	Solde		0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



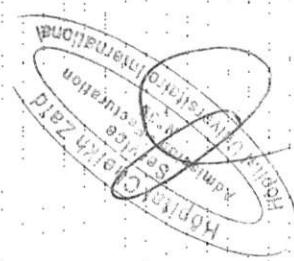


N° DE FACTURE : 2022/P/114078  
 IPP : 1618166  
 N° DOSSIER : A223645821  
 NOM & PRENOM : SRAIRI ABDEILAH

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
 DATE ENTREE : 21/09/2022  
 DATE SORTIE : 21/09/2022  
 DATE FACTURATION : 21/09/2022

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES PLÉTHYSMOGRAPHIE	900,00	1,00	900,00
TOTAL ACTES : 900,00			



Arrêtée la présente facture à la somme de  
 neuf cents et xx / 100

TOTAL FACTURE	900,00
TOTAL ENCAISSEMENT	900,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2

Dr. ATTAQ LATIFA

Spécialiste en  
pneumophtisiologie  
allergologie

Adultes & Enfants



Témara, le

Dr. LATIFA  
Spécialiste  
en Pneumophtisiologie  
et Allergologie  
Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

الدكتورة لطيفة عتاقي

طبيبة متخصصة في الأمراض  
الصدرية و التنفسية

مرض السل - مرض الربو  
ضيق و الحساسية  
للكبار و الصغار

Srairi Abdellah

plethora synchie

(S LA)

Enfants et Adultes  
Asthme - Allergies  
Malades Respiratoires  
Médecin Spécialiste  
Dr. LATIFA

عمارة 242 شقة 3، شارع مولاي إدريس الأول المسيرة 1 (قابلة المقاطعة الثانية ومسجد التقوى) تمارا  
الهاتف: 05 37 60 60 52 - المحمول 17 26 22 101109882 - INPE ::

Royaume du Maroc  
Hôpital Cheikh Zaid  
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

2 686 488

A223645821

DI : 3 061 496

PP : 1 618 166 N° de dossier :

Patient : SRAIRI ABDEILAH

Montant : 900,00 Dh (neuf cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 8314

Date d'encaissement : 21/09/2022

Description : PLETYSMOG

Medecin : E0430 MOULINE SOUMIA

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Cachet du caissier :

N° 2013899

Assurance  
CLIENTS PAYANTS



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 :

Référence structurée : 220921974534521

Emis à Casablanca le : 00/00/00

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

SRAIRI ABDELILAH  
LOT IZDIHAR N[ 10 SID EL ABED SKHIRAT  
TEMARA 1204

N° d'immatriculation : 176440610

Règlement du mois : 09/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مehrano المصارييف	Montant de la dépense	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé		
SRAIRI ABDELILAH											
096563535	08/09/2022	K	MME MOULINE SOUMAYA	900,00	900,00	1,00	1,00	900,00	70	630,00	
<b>Total remboursé pour ABDELILAH</b>											
<b>Total général remboursé</b>											

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان