

# 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- 0046253

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 138832  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



## 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 الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

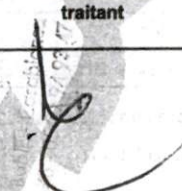
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

	<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	Réf. : ANAM 1.20201
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03	
<b>N° Dossier :</b>				
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>				
<b>الاسم العائلي والشخصي :</b> EL MECHRAFI AZIZA				
<b>رقم التسجيل :</b> 1514501231331				
<b>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</b> A-2144231-1-1				
<b>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :</b>				
<b>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</b>				
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن				
<b>العنوان :</b> 123, RUE ABDELWAST, RESIDENCE "B" 8, BOUJOURGUE CASA				
<b>مبلغ المصاريف :</b> Dhs. درهم				
<b>عدد الوثائق المرفقة :</b>				
<b>Montant des frais :</b>				
<b>Nombre de pièces jointes :</b>				
<b>Declaracion del Médico tratant</b>				
<b>Bénéficiaire de soins</b>				
<b>الاسم العائلي والشخصي :</b> EL MECHRAFI AZIZA				
<b>تاريخ الميلاد :</b> 15/11/1956				
<b>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</b>				
<b>N° CIN :</b>				
<b>الجنس :</b> M <input type="checkbox"/> ذكر      F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى				
<b>INPE et code à barres **</b>				
<b>مédico traitant</b> الطبيب المعالج		<b>Etablissement de soins</b> المؤسسة العلاجية		
<b>Type de soins</b>				
<b>Admission ALD * :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
<b>N° dossier ALD :</b>				
<b>Code ALD :</b>				
<b>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض      Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</b>				
<b>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</b>				
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</b>				
<b>Fait à :</b>				
<b>Le :</b> 15/11/2022				
<b>توقيع المؤمن له</b> <b>Signature de l'assuré (e)</b>				
<b>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</b>				
<b>Fait à :</b>				
<b>Le :</b> 15/11/2022				
<b>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</b> <b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b>				

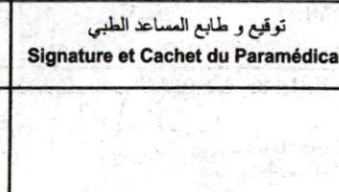
\* Cocher la mention utile pour chaque cas  
 \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.  
 دار الضمان - سلمة دافار - دار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333 - ب. 2186 - دار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

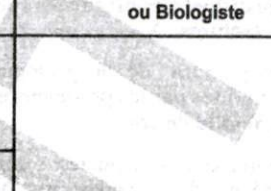


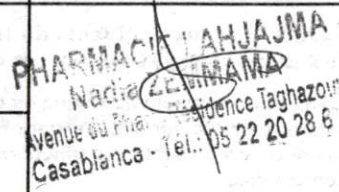
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
21/09/2022		S-	300,00		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
02-09-2022	314,40			
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 092039189				
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

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

ACL 976 767.7  
CN 172329.1



LOT: 11393  
PER: 07/2024  
PPC: 89,90DH

50 ml e 89

CE 0459

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

#### Consultations :

Pneumophthysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

#### Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

#### Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد (المبراهيمي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. (النصري)

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue

02/09/2022

Madame EL MECHRAFI Aziza

75,50 APLEVAX 5 mg : 1 comp le soir x 10 jours

149,100 BUDENA nasal : 2 pulvérisations par narine soir x 15 jours

89,90 RHINOLAYA Protect :

2 pulvérisations dans chaque narine fois par jour x 5 jours

T = 314,40

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Phare Résidence Taghazout  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 61

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
5. Bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
CASA Tél: 022 94 62 46 94 93 47

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81  
De 08 heures à 19 heures



## F RHINOLAYA

Nez bouché ou nez qui coule, les allergies.  
Le spray nasal Rhinolaya Protect contient  
d'années. Il est récolté, lavé puis séché  
renforcer son effet bienfaisant et apaise

### Propriétés:

- Convient aux nez sensibles fragilisés  
d'allergènes (pollen, poussière, ozone, ...)
- Nettoie et apaise en douceur les fosses  
chez le nourrisson).
- Dissout les mucosités nasales.

### Conseils d'utilisation:

Pour protéger des allergies, pulvériser dans  
les besoins de 2 à 4 fois par jour.  
Rhinolaya Protect peut s'utiliser en pro  
À renouveler si nécessaire.



Pencher la tête vers l'ava  
dans la narine (pas t  
et appuyer brièvement  
délivrer une quantité su  
Protect. L'embout pour

## RHINOLAYA PROTECT

Protection  
against allergies

Schutz  
vor Allergien

Beschützt  
gegen allergieen

Προστασία  
από τις αλλεργίες

With Himalaya salt  
Mit Himalaya-Salz  
Met Himalaya-zout  
Με αλάτι των Ιμαλαΐων

Allium  
cepa  
BIO

Sabadilla  
officinalis

50 ml

inebios  
LABORATOIRES

ISO

BUDENA® 100 mcg  
Flacon de 200 doses  
Suspension pour  
pulvérisation nasale



Ne pas utiliser chez les femmes  
suscéptibles de tomber enceintes.  
Ne pas utiliser chez les femmes  
de procréer ou enceintes, sauf  
en cas d'absence des autres  
alternatives thérapeutiques.

Aplevax® 5m  
Délivré sous forme de  
30 comprimés pelliculés

