

# 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° M21- 073213

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. R. DASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. Mou El Fassi Rm. 4. Al Rod. n° 19  
Fès

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 127.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : R. A. O. U. A. T. A. 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 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.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 التعريف الوطنية المرعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا 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 للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل 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 : .....	
Date de dépôt du dossier: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الإيداع: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Date d'arrivée: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الاستلام: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

<p>الضمان الإجتماعي Fonds National de Sécurité Sociale CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Reg. ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له ( لها )

الاسم العائلي والشخصي : **REHOUMA HOUAMED**

N° Immatriculation : **15191312121** رقم التسجيل :

N° CIN : **151316181313** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة الترابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) \*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : **Mr. Houmed AL FASSI Residence AL FASSI** العنوان :

Montant des frais : **230.00** Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : **01** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Dr. Houmed HOUAMED** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **15121212121** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **151316181313** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المميز \*\*

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins\* نوع العلاجات\*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثه Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **15121212121** ب : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : **15121212121** في : Fait à : **15121212121** ب : Le : **15121212121** في :

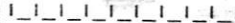

توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية 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

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP		المبلغ الفواتر Montant facturé	
توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant							
06/10/22			C			250,00	
INPE et code à Barres							
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres							
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

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
<b>INPE et code à Barres</b> 					
<b>INPE et code à Barres</b> 					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصور										
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   _   _   _   _   _   _   _   _																
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



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

**RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO**

الضمان الاجتماعي  
C N S S

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 221022914405749

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

N° d'immatriculation: 159935125  
Règlement du mois : 10/2022  
Mode de paiement : Virement

REHOUMA MOHAMED  
AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL  
QODS NR 19 APPT 6  
FES 3005

**Informations :**

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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
REHOUMA MOHAMED										
105767434	11/08/2022	CS	MR BELFATMI ABDERRAHIM	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
105767434	11/08/2022	KE	CLINIQUE AL KAWTAR	800,00	600,00	1,00	1,00	600,00	85	510,00
105767433	06/10/2022	CS	MR TAZI OUSSAMA	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>765,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>765,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



## PRATICIENS

### DR OUSSAMA TAZI

Chirurgien ophtalmologiste  
DES de Toulouse - France  
European Board of ophthalmology  
Spécialiste en chirurgie réfractive

### DR MEGZARI ADIL

Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux  
Ex. Médecin à l'hôpital  
des spécialités de Rabat  
Diplômé des facultés  
de Médecine de Paris et Besançon

## ORTHOPTIE

Bilan orthoptique  
Rééducation d'amblyopie  
Basse Vision  
Champ visuel  
Lancaster  
Vision des couleurs

## EXPLORATIONS

Angiographie numérisée  
OCT  
Laser Multispot  
Laser YAG  
Topographie cornéenne  
Biométrie  
Pachymétrie  
Aberrométrie  
Echographie oculaire  
Microscopie spéculaire  
Crosslinking

Urgences ophtalmologiques

24h/24

## SECRETARIAT

Tel : 05 35 73 46 46

Fax : 05 35 73 48 48

prise RDV : 0808 555 008  
(Numéro Gratuit)

Le : 06/10/2022

## NOTE D'HONORAIRE

Médecin : Dr. TAZI Oussama

Spécialité : ophtalmologiste

Motif : consultation

Patient : REHOUMA Mohamed

Honoraire Médecin : 250.00 Dirhams