

# 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.



06 61 46 26 19  
Déclaration de Maladie  
M22- 0047108

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RHAZOUANI NED EL MAH FOUO  
Date de naissance : 07-10-1954  
Adresse : RESID ANDALOUSIA DON 83 APT 8 CASA  
BD ANOUAL  
Tél. 0661462619 Total des frais engagés : 1297,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Mutuelle Complémentaire  
Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA Age : 7 ans  
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 : CASABLANCA Signature de l'adhérent(e) : Le : 08/02/2023

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

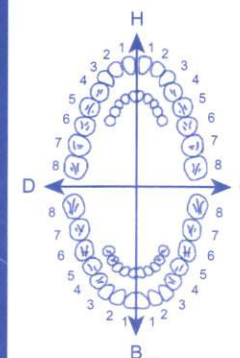
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

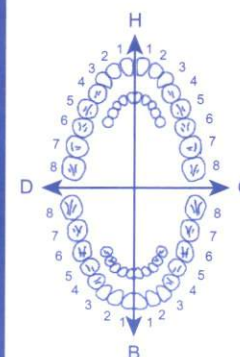
Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصنرب  
Le : 02/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192159815 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 23/11/2022 : إلى  
au : 23/11/2022 : أداءات الفترة

Destinataire  
ZOHRY FATIMA المرسل إليه

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
94362413	24/10/2022	C	MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	23/11/2022	56,00
94362413	24/10/2022	PH	PHARMACIES D	614,70	0,00	1.00	10,00	0,00	0,00	23/11/2022	397,25
94362412	10/10/2022	PH	OFFICINES PHARMACIES D	483,40	0,00	1.00	9,00	0,00	0,00	23/11/2022	287,42
94362412	10/10/2022	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	23/11/2022	56,00
Total remboursé											796,67
Total général remboursé											796,67

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 أو الضمان على الأرقام



### تعلیمات يجب إتباعها

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.

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 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 (60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات، يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.


لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 d'arrivée:    ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ Date de dépôt du dossier:

 الضمان الاجتماعي +الرجاء+ +الرجاء+ <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02
N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : <b>ZOHRY FATIMA</b>		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : <b>1191211519181415</b>		رقم التسجيل :	
N° CIN : <b>131-121616121611</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : <b>RESID AU DALWIA DDD 83 ART 8 BA ANNUAL CHA</b>		العنوان :	
Montant des frais : <b>583,40</b> Dhs		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : <b>11</b>		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : <b>M<sup>me</sup> ZOHRY Fatima</b>		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : <b>11/08/1912</b>		تاريخ الازدياد :	
N° CIN : <b>131-121616121611</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : <b>M</b> <input type="checkbox"/> ذكر		<b>F</b> <input type="checkbox"/> أنثى	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى **	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins*			
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 بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : <b>CHA</b>		Fait à :	
Le : <b>11/08/1912</b>		Le :	
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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داکار - الدار البيضاء ص.ب 2186 الدار البيضاء - الهاتف: 080 203 3333  
 C.M.S. Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333





AUGMENTIN 1 g/125 mg ○  
16 sachets



6 118000 160182

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○  
16 sachets



6 118000 160182

**EFFIPRED®** ○

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL  
12 Sachets



6 118000 040330

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL  
12 Sachets



6 118000 040330

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL  
12 Sachets



6 118000 040330

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL  
12 Sachets



6 118000 040330

**TARAXET® 25 mg**

30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954

**TARAXET® 25 mg**

30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954

# Docteur Fatima MZERD

Médecine Générale  
Echographie  
Analyse Diabète  
Enfant, Femme & Homme

# الدكتورة فاطمة مزرد

الطب العام  
الفحص بالأشعة  
تحليلات السكر  
أطفال، نساء ورجال

**PHARMACIE ASKIA**  
Dr. M. SIK LAMIA  
Résidence Oussama, Lot N° 4  
N° 4 Cité Plateau - Casablanca  
Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 99 15 15

Casablanca, le 10/10/2022

20 H Ry Fatima

16820x2  
11 Aug 19

N2 AS

1ml v3

40,00

21 1/2 ml day 3 y

14.40x4

3) Dole' pour sael

**Docteur Fatima MZERD**  
Résidence Oussama, Lot N° 4  
Bd Driss El Harti - Casablanca  
Tél: 0667 03 02 61 - INPE: 09114918

24.70x2

seul A3

41 Tawail 2r5

181 km

**Docteur Fatima MZERD**  
Résidence Oussama, Lot N° 4  
Bd Driss El Harti - Casablanca  
Tél: 0667 03 02 61 - INPE: 09114918

Total: 483,40


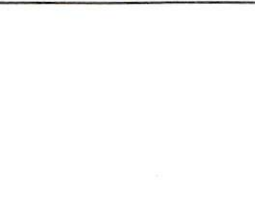
**HARMACIE ASKIA**

06 67 03 02 61 : الهاتف - الدار البيضاء - (فوق قاعة) ادريس الحارثي شارع ادريس الحارثي - إقامة أسامة, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Harti - Casablanca  
Dr. M. SIK LAMIA  
Résidence Oussama, Lot N° 4  
N° 4 Cité Plateau - Casablanca  
Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 99 15 15

TSVP

الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص ب 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333  
CNSS Place de DAKAR Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333



Description des actes effectués					وصف العمليات المجرة	
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		
24 / 10 / 2022		14	100 D4			
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		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

[illegible]

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
24/10/2022 INPE et code à Barres 092086933	614,70	PHARMACIE ASKIA Dr. M. SIK Larime Résidence Andaloussia E 74 N° 4 Cité Plateau - Casablanca Tel: 0522 25 95 20 - Fax: 0522 99 15 51
INPE et code à Barres _____		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
LOT : 22E001  
PER : 04 2025  
6 118000 010227

VASCOR LM 35mg  
60 comprimés pelliculés  
6 118000 081890

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
LOT : 21E016  
PER : 11 2024  
6 118000 010227

Ineso 20 mg  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique  
6 118000 410447

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
LOT : 22E003  
PER : 04 2025  
6 118000 010227

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 22E003  
PER : 09 2023  
6 118000 061847

AZIX<sup>®</sup> 500 mg  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables  
6 118000 040941

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
LOT : 22E003  
PER : 04 2025  
6 118000 010227

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 22E003  
PER : 09 2023  
6 118000 061847

AZIX<sup>®</sup> 500 mg  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables  
6 118000 040941



# Docteur Fatima MZERD

Médecine Générale  
Echographie  
Analyse Diabète  
Enfant, Femme & Homme



## الدكتورة فاطمة مزرد

الطب العام  
الفحص بالأشعة  
تحليلات السكر  
أطفال، نساء ورجال

Casablanca, le : 24 / 10 / 22

Dr Fatima

30,20 x 2  
n2 1) Koudougou 20  
29,20 x 2  
n2 2) A201 100 mg  
11,80 x 4  
n4 3) A201 100 mg  
139,00 14 el de  
4) Fwou 20 100 mg  
82,20  
5) Fwou 20 100 mg (2mg)  
Total: 614,22

PHARMACIE  
Dr. M. SIK LAMIA  
Résidence Oussama  
N° 4 Cité Plateau - Casablanca  
Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 25 93 20

إقامة أسامة، الطابق الثاني، شقة 3 تجزئة 4 - شارع ادريس الحارثي (فوق قاعة) الدار البيضاء - الهاتف : 06 67 03 02 61  
Résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Harti - Tél. : 06 67 03 02 61 - Casablanca

T.S.V.P.