

# 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

M22- 0050076 149964

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : enfant  
Nom & Prénom : ABDELMANNAF HAFIDI  
Date de naissance : 19/07/88  
Adresse : 39 LOT ANWAMBI II CASABLANCA  
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) :



# Instructions à suivre

établir 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 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 التعريفية 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانوني.

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 :	

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

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **Kharbouch Malika**

رقم التسجيل : **155348822**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B1034001**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

العنوان : **Dhs**

مبلغ المصاريف : **Dhs**

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **Kharbouch Malika**

تاريخ الازدياد : **14.04.1957**

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : \* **أنثى** ☒ **ذكر** ☐

الرقم الوطني الاستدلاي والرقم الوطني :

INPE et code à barres **INPE : 091036749**

Médecin traitant : **Pr. O. MKINSI SLAOUT**  
 الطبيب المعالج : **Professeur en Rhumatologie CASABLANCA**  
 Etablissement de soins : **العيادة العلاجية**  
 545 Bd Mohammed VI - Casablanca  
 Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55  
 Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

نوع العلاجات \*

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
 Fait à : **12.12.02**  
 Le : **12.12.02**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 Fait à : **12.12.02**  
 Le : **12.12.02**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré(e)







مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

12/12/22

Mr Khoubouch Malika

14,00 x 2

Klépal : 3 boîtes

1 cp

2 à 3 / jour

193,60 x 4  
Fosavance \$ 600

1 cp / Aenealine

le mois

802,40

Dr. O. SLAOUTI  
Professeur  
Rhumatologie  
CASABLANCA

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - العنوان الإلكتروني : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com) - E-mail



# Clinique "Californie"

Casablanca, le .....

12 11 2022

Le Docteur .....

P. M. Kinschi

prie M .....

Me Khanchouch Malika

d'accepter l'expression de ses sentiments  
distingués et lui présente suivant l'usage,  
sa note d'honoraires pour .....

Consultation

S'élevant à la somme de

CLINIQUE CALIFORNIE  
545, Bd Panoramique Californie  
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55  
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

4,000.00

Dhs



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

12/12/22

Mme Khachouch Talika

faire échographie  
de l'épave  
droite. (douleurs et  
hémorragie)

CLINIQUE CALIFORNIE  
545, Bd Panoramique - Californie  
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55  
Fax: 0522 50 76 98  
Dr. LAMZALAT  
Rhumatologue  
545, Bd Panoramique - Californie  
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55  
Fax: 0522 50 76 98

Pr. O. MANSOURI  
Professeur de Rhumatologie  
CASABLANCA

545, شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني: [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - العنوان الإلكتروني: [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com)

**Dr Yassine LAMZALAH**

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
Médecin des os, des Articulations,  
et de la colonne Vertébrale



**الدكتور لمزالاه ياسين**

أخصائي في أمراض الروماتيزم  
العظام و المفاصل و العمود الفقري

Polyarthrites et maladies systémique (Paris)

Pathologies rachidienne (Paris)

Echographie ostéo - articulaire (Liège)

Biothérapie

Ostéoporse

• التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)

• أمراض العمود الفقري (باريس)

• الفحص بالصدى (البيج)

• العلاج بالأدوية البيولوجية

• أمراض هشاشة العظام

M. Kharbou  
M. K.

Casablanca le : 13/12/20

Fracture

Nom :

Fracture  
Echographie  
et radiologie  
43. D.H.

Dr. LAMZALAH Yassine  
Rhumatologie  
Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

09 12 00 861

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

**N° Immatriculation**

155348822

**Nom et prénom**

KHARBOUCH MALIKA

**Date de naissance**

14/04/1957

**CNI/Passeport/Séjour**

B103400

**Assurance maladie obligatoire**

DÉTAIL AMO

✕

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
116497647	734.58	Envoyé à l'assuré	31/01/2023		Virement assuré

Fermer