

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

- Reclamation : 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

M22-0050413

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : 149952

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Megiane KHADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAHMOUDI HASSAN 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



تعلیماتِ یحییٰ اتباعِها

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.

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الائتمانية 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 الختمات يضل 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.

 المصالح الاجتماعية MOKH - J.S.M. CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf.: ANAM 1201
	موافقة مسبقة * Entente préalable*	تنفيذ * Exécution *	
		مرجع رقم: 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Hassan NASSOUR الاسم العائلي والشخصي:

N° Immatriculation : 193.198.317 رقم التسجيل:

N° CIN : 59668 رقم بطاقة التعريف الوطنية:

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 57 Rue de Rome Casa العنوان:

Montant des frais : 429,80 Dhs مبلغ المصاريف:

Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : MANSOURI HASSAN الاسم العائلي والشخصي:

Date de naissance : 11/11/1955 تاريخ الميلاد:

N° CIN : 111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe * : M ☒ Masculin F ☐ Féminin جنس: * ذكر ☒ أنثى ☐

INPE et code à barres ** **رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر ****

05188015 111111111

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins* **نوع العلاجات***

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : _____ ب: _____

Le : 11/11/2012 في: _____

توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations choissies sincères et véritables.
 Fait à : _____ ب: _____
 Le : 11/11/2012 في: _____

توقيع وطبيب 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 دالكر - الدار البيضاء ص.ب 2186 الدار البيضاء المحمية - الهاتف 080 203 3333
N.S.S. Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

[illegible]

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات 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]

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

تَعْلِيمَاتُ بِحَبِّ إِتِّبَاعِهَا

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
المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الالتهابية 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنه 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.

 <p>الخدمة الوطنية NEXOS • 443-24 CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <table border="1" data-bbox="1413 82 1787 94"> <tr> <td data-bbox="1413 82 1574 94"> <p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p> </td> <td data-bbox="1574 82 1787 94"> <p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p> </td> </tr> </table>	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم: 610-1-02</p>
<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>				
			<p>REF.: ANAM 12/01/01</p>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Norm et prénom : HASSAN MANSOUR الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1931983121 / رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 9668

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 57 Rue de Roue Casablanca : العنوان :

مبلغ المصاريف: Dhs 452 درهم

عدد الوثائق المرفقة : 2

Déclaration du médecin traitant
 Réception de soins

Norm et prénom : HASSAN CHAMMAVSOUBI : اسم العائلي والشخصي

Date de naissance : _____

N° CIN: _____

الجنس: * ☒ أنثى ☐ ذكر

Sexe*: ☒ Femelle ☐ Masculin

الرقم الوطني الاستدالي و الرقم المفسر **

IMPE et code à barres **

INPE et code à barres	01/11/2015	1111111111
-----------------------	------------	------------

Médecin traitant
الطبيب المعالج

[illegible]

Type de soins*

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

أرجو بمسئولية وصحة
معلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Tringali, NY

[illegible]

Signature de l'assuré(e) Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

-** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 203 3333

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	
03.12.22		Cs	2000		
INPE et code à Barres 0312222222					
INPE et code à Barres 1111111111					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المصاعدين 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 المصاعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

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 1111111111					
INPE et code à Barres 1111111111					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
31/12/22	252,20			
INPE et code à Barres 1111111111				
INPE et code à Barres 1111111111				

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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
RUE : 610-2-08 : رقم : 1

Emis à :

CASABLANCA

أصدر ب :

Page

1 / 1

الصفحة

Le :

02/02/2023

بتاريخ :

N° d'immatriculation 193198317

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

MANSOURI HASSAN

Règlements de la période

أناءات الفترة

du : 09/12/2022 : من
au : 09/12/2022 : إلى

Veuillez 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	العيادة	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة 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 rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MANSOURI HASSAN											
116961994	03/12/2022	PH	PHARMACIES D	252,20	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	09/12/2022	154,98
116961994	03/12/2022	CS	OFFICINES OPHTALMOLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	09/12/2022	105,00
116961995	01/12/2022	PH	PHARMACIES D	309,80	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	09/12/2022	143,57
116961995	01/12/2022	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	120,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	09/12/2022	56,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							459,55
Total général remboursé				مبلغ التعويض الإجمالي							459,55

- 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

www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو بوابة التأمين للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو التأمين على الأرقام

Docteur Driss ABDELKARIM

Médecine Générale
Ex. médecin Militaire
Diplômé en Echographie
Membre de l'Association Marocaine
des Echographistes



الدكتور ادريس عبد الكريم

الطب العام
طبيب عسكري سابقا
دبلوم في الفحص بالصدى
عضو في الجمعية المغربية
للفحص بالصدى

Casablanca, le 01/11/2014 في

MANSSOUR - HAJJAH

1/ Fitapolis

99.50

1/1/14

2/ Loreus 50 1/1/14

40.70

1/1/14

3/ Dolicox 50

76.40

1/1/14

4/ Glucophage 500

20.80

1/1/14

309.80



عين الشفاء 2، زنقة 40 رقم 51 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.28.44.25
Bd. Bouchaib Doukali, Aïn chifa 2. Rue 40 N° 51 - Casablanca - Tél :
E-mail : tafraouti@gmail.com

NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

iste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Aout Casablanca

Membre de la société française

d'ophtalmologie

Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants

Pathologies Oculaires

Lasers - Lasik

Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

• عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر

- المستعجلات

03/12/2022
ORDONNANCE

Casablanca **MANSOURI Hassan**

10
- **COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide) fl**

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

5A 20

Dr Bouchaib NACHAT
Ophtalmologiste
Résidence Fathe 1 Imm 12 N° 2
Hay Mly Abdelhak Bt Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML
6 118001 160082

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML
6 118001 160082

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء
ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Aïn Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com