

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-005529

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA 155759

Date de naissance : .....

Adresse : habituelle

Tél. : 0662100580 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.

Je certifie 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 : Casa Le : 03/04/2023

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



L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2780 Casa G. Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

\* أشطوب الخالة المناسية



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
3/02/2023	02		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 والتجهيزات 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	
03-02-2023	264,80		
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			

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  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA  
Le : 02/03/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 154502333  
Règlements de la période  
du : 28/02/2023 : من  
au : 28/02/2023 : إلى

رقم التسجيل  
أداءات الفترة

Destinataire

المرسل إليه

EL MECHRAFI AZIZA

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	مهنو 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 rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
112381860	03/02/2023	PH	PHARMACIES D	264,80	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	28/02/2023	134,98
112381860	03/02/2023	CS	OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	77,00	28/02/2023	115,50
Total remboursé			مجموع مبلغ التعويض								250,48
Total général remboursé			مبلغ التعويض الاجمالي								250,48

- 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

الدكتور محمد (البر) عيسى

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

03/02/2023

Madame EL MECHRAFI Aziza

87,30 MONO- ZECLAR 500 - bte de 5 comp :

1 comp. midi avant repas x 5 jours

89,50 FITOPOLIS Spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours

88,00 CURTEC : 1 comp le soir x 10 jours

264,80

PHARMACIE EL HAJAJMA  
Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Téléphone : 05 22 94 92 46 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : souflemaroc@gmail.com - Site web : cmr-maroc.com

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



...Comprimet(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.  
 Traitement débute le.....  
 قرص (أو قرصين) يومي للتناول دفعة واحدة خلال.....

بدا العلاج بتاريخ.....

**MONOZECTAR® 500mg**  
 Boite de 5 COM PEL  
 P.P.V : 87.30 DH

6 118001 183821

Maphag  
 Km 10, route côtière III  
 QI-Zenata, Ain Sebas, Casablanca  
 Maroc

**Curtec® 10 mg**  
 Cétizine  
 30 comprimés sécables

6 118000 041870

**POLIS®**  
 SPRAY GORGE

Lot n°:  
 A consommer de  
 préférence avant le :  
 PPC : 89,50

8 435100 801172

**FITOPOLIS®**  
 SPRAY GORGE

trait sec de propolis (0,58% galangine),  
 trait sec fluide de mauve, vitamine C  
 miel, sorbate de potassium,  
 urtiée riche en polyphénols et en bioflavonoïdes,  
 actifs naturels tels que l'échinacée, leucalyptus, le  
 en synergie pour contribuer à calmer et à adoucir  
 olutaires, procurant ainsi un soulagement des maux