

# 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.

M22- 0036960

163655

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1817 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOULIDI SAAD Fouad

Date de naissance : 27-01-1960

Adresse : Bd OUEID EL MALEH N°55 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0661052144 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Age : .....  
 Enfant

Nature de la maladie :

ALD  ALC Pathologie : .....  
 ACCUEIL

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 ACCUEIL

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 Le : 05/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>	<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>
--	--

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

## Instructions à suivre

Offrir 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, ....).

Il faut écrire le nom complet du patient traité sur chaque feuille de soins.

Il faut joindre les descriptions des médicaments achetés avec les codes à barres.

Il faut offrir une feuille de soins et toutes les pièces justificatives au CNSS dans les deux mois suivant le premier acte médical, sauf si le traitement est continu. Dans ce cas, il faut présenter la feuille de soins dans les 60 jours suivant la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Il n'y a pas de remboursement pour certaines prestations, sauf si elles sont approuvées par un accord préalable.

La liste de ces prestations 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.

<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>	<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>
--	--

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>	<b>Signature et Cachet de l'Agence</b>
--	--

Date d'arrivée : .....

Tél : 06 66 16 50 56

	<b>Feuille de Soins Maladie</b>	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
<b>Entente préalable*</b>	<b>Témoignage*</b>	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
		Réf. - 610-1-02
Ref. ANAM : 1.2.01.01		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Chiffre d'assurance (N° de dossier) :

SABILE fatima

N° Immatriculation :

11616191330

N° CIN :

BEST151887

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  Enfant  Parent

Adresse : N° 55 Bd Suez EL Mabkh ALFA CASA

Montant des frais :

409,60 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

1

Chiffre d'assurance (N° de dossier) :

BEST151887

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : SABILE SATIMA

Date de naissance :

1451121968

N° CIN :

Sexe\* :

M

F

Female

INPE et code à Barres\*\*

0911040998

Médecin traitant

Chiffre d'assurance (N° de dossier) :

Etablissement de soins

Chiffre d'assurance (N° de dossier) :

Type de soins\*

Hospitalisation  Consultation  Maternité  Accident  Maladie  Other

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

Ainsi je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : casa blanca

Le : 20/10/2013

Signature de l'assuré(e) :

Signature de l'assuré(e) :</

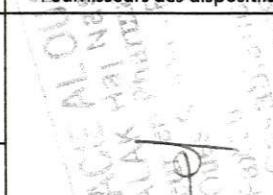
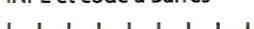
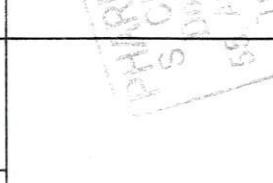
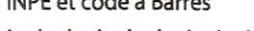
وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant.	
20/03/2023		C	250 DH		
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

CIM - 10

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagérie					العمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ الت 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
20/03/2023	159,60	
INPE et code à Barres  INPE : 092008549		
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

Docteur Fatiha Chamlali

الدكتورة فتيبة شملالي

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

الفحص بالصدى

Casablanca, le :

20/03/2023

الدار البيضاء في

Fatihah Chamlali

(S)

47,80

Daren

2 x 30 - 47,80

38,00

Erbs Trig

(S)

8,00 - 47,80

52,80

Oeds 20

(S)

10,00 - 47,80

21,00

Librax 1/2

(S)

amitriptilin

159,60

Dr. Fatiha Chamlali  
Généraliste  
Echographie Résidence Phénicia  
Bougana 119  
Casablanca

0522.22.85.46 : 119 ، شارع بوركون - أقامة فيليبيا - الطابق الاول (امام مستوصف احمد) الدار البيضاء - الهاتف :

119 Bd. Bourgoane - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OÜHOUD)Casablanca - Tél : 0522.22.85.46



# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : GROUPE SCOLAIRE EL BILIA D ANFA SARL  
NOM DE L'ASSURE : SABILE FATIHA  
BENEFICIAIRE : SABILE FATIHA  
DECLARATION N° : 23404042 /

/ 1088435 CONTRAT N° 9106 60 / 659003  
CERTIFICAT N° 7176517 MATRICULE 7176517  
DATE DE LA DECLARATION : 20/03/2023  
DATE DE REMBOURSEMENT : 30/04/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	250.00	105.00	250.00		90%	145.00
15	Pharmacie	159.60	84.70	159.60		90%	67.41
<b>TOTAUX</b>		409.60	189.70	409.60			212.41
<b>OBSERVATIONS :</b>							

\*voir clause « Protection des données personnelles »au verso

# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : GROUPE SCOLAIRE EL BILIA D ANFA SARL  
NOM DE L'ASSURE : SABILE FATIHA  
BENEFICIAIRE : SABILE FATIHA  
DECLARATION N° : 23404042 /

/ 1088435 CONTRAT N° 9106 60 / 659003  
CERTIFICAT N° 7176517 MATRICULE 7176517  
DATE DE LA DECLARATION : 20/03/2023  
DATE DE REMBOURSEMENT : 30/04/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	250.00	105.00	250.00		90%	145.00
15	Pharmacie	159.60	84.70	159.60		90%	67.41
<b>TOTAUX</b>		409.60	189.70	409.60			212.41
<b>OBSERVATIONS :</b>							

\*voir clause « Protection des données personnelles »au verso

## CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

## CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.