

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

M22- 0031588

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20111 Société : 166617
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NERMOUENE Oussama
Date de naissance :
Adresse : HS la une
Tél. 06 64 160 30 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : A. R. RAS Noure Soline 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 : 27 JUN 2023
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 : C. R. S. A Le :
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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

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 مريض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف حدود ستين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع:

Date d'arrivée

تاريخ الإستلام:

0661454998



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

N° Bordereau :

N° Dossier :

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

Nom et prénom : ARRAS Nouredine الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 11733532112 رقم التسجيل :
N° de la carte d'Identité Nationale : B1138121161 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 : RES. PAT. 17 ZHRAI ANGEL ATAR EL KHIYAH العنوان :
Rue des ROSA MAY RABAT BOULEVARD CASA
Montant des frais : 776.70 Dhs. مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 7 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : تاريخ الإزدياد :
N° de la carte d'Identité Nationale : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : الجنس : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج

N° INP الرقم الوطني للإستدلال الممارس :
Type de soins نوع العلاجات :
Maladie* مرض :
Pour les enfants de moins de 12 ans ☐ للأطفال أقل من 12 سنة
Pli confidentiel ☐ Oui ☐ Non
Maternité* أمومة :
Date de grossesse تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation* استشفاء :
Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :
Accident* حادث :
Date d'accident : تاريخ الحادث :
Causes : أسباب الحادث :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à : ب :
Le : في :
Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له (لها)
Je déclare les informations données sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : ب :
Le : في :
Cachet et Signature de la Direction de l'Assurance Maladie Cachet et Signature de la Direction de l'Assurance Maladie

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
15/05/28	91				Dr. HADADI ANNEZ Cardiologue 282, Avenue Mokhtar B. Annem Etage 1, Al Oods, Sidi Bernoussi Casablanca - Tel: 05 22 74 61 40	

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicales	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
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		
15/05/28	776,70	PHARMACIE AL WOUROUD 67, Rue des Roses - A Côté de Masjid Annour - Beausejour Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca Patente: 34808192		



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 : أصدر ب
Le : 09/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 173353212 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 06/06/2023 : إلى
au : 06/06/2023 : إلى

المرسى إليه Destinataire

ARRAS NOUREDDINE

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	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
ARRAS NOUREDDINE											
130525763	15/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	776,70	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	06/06/2023	494,67
Total remboursé											494,67
Total général remboursé											494,67

- 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
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

Docteur Abdelaziz HADADI
CARDIOLOGUE

Consultations et Explorations
Cardio-Vasculaires

- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca.
- Ancien médecin interne du CHU de Nancy, France.
- Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie de l'Université de Bordeaux Segalen, France.
- Diplôme Universitaire d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Sorbonne, Paris.



الدكتور عبد العزيز الحدادي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بنانسي فرنسا
- دبلوم جامعي في تخطيط صدى القلب من جامعة بور دو سيغالين بفرنسا
- دبلوم جامعي للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون بباريس

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le 15/05/23

M. Amas Noureddine

294,00 X2

1 - Cotelam 10/100 Af (S.V) Abouk

2 - (S.V) Apatex 1/1 Af Abouk

2930

7970 X2

3 - Azik 100 Af (S.V) Abouk

776,70

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses - A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282, Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél. 05 22 74 61 40

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282, Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél. 05 22 74 61 40

AZIX 500 mg
Aztromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

AZIX 500 mg
Aztromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

COVERAM 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés
6 118001 130108

COVERAM 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés
6 118001 130108

APADEX LP
Indapamide 1,5 mg
6 118000 360070