

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 058460

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09221 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AL8582

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/03/1956

Adresse : RES RAM RTE ELJADIDA n° 233 CASA

Tél. : 0661 202314 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKNOUSSE NEZHA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Voir dossier CNSS ci-joint

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 : CASA Le : 17/07/2023

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.

## 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 المرسلة 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.  
لأنه 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 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 Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : 11/11/2018
Date de dépôt du dossier : 11/11/2018	Date d'arrivée : 11/11/2018

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	GARNOUSSI NEZHA	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	1166311311661	رقم التسجيل :
N° CIN :	1171290011	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :
Adresse :	RES RAM RE EL THADIDA n° 233 CASABLANCA	العنوان :
Montant des frais :	238,60 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :	GARNOUSSI NEZHA	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	GARNOUSSI NEZHA	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	11/11/1975	تاريخ الميلاد :
N° CIN :	1171290011	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe :	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس :
INPE et code à Barres :	1171290011	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر :

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

Type de soins\*

نوع العلاجات\*

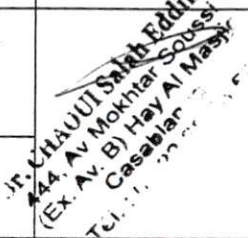
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	إستشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	مرض <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : CASABLANCA Le : 11/11/2018 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et exactes. Fait à : CASABLANCA Le : 11/11/2018 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية 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 établissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - بناية داكاز - الدار البيضاء ص - 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

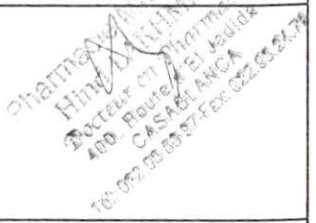
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin	
29.05.2023					
INPE et code à Barres 1 0 9 1 1 0 1 4 0 3 2 1 8					
INPE et code à Barres 1 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 clè+ 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 1						
INPE et code à Barres 1 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 والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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 1					
INPE et code à Barres 1 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	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
29/05/2023	232,60		INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
			INPE 092042753	
			INPE et code à Barres 1 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 : أصنرب  
Le : 09/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 166313166

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 09/06/2023 : من  
au : 09/06/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

GARNOUSSI NEZHA

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
GARNOUSSI NEZHA											
130525075	29/05/2023	CG	MEDECINE GENERALE	0,00	0,00	1.00	1,00	0,00	70,00	09/06/2023	0,00
130525075	29/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	232,60	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	09/06/2023	137,06
Total remboursé											137,06
Total général remboursé											137,06

- 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 بمرکز الاتصال الو الضمان على الأرقام

Docteur CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
MEDECINE GENERALE  
EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حائز على شهادة الفحص بالصدى  
من كلية الطب بباريس  
الطب العام  
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 29.05.2023 في الدار البيضاء،

2x 116,30  
OROKEN

S.V

2x 116,30

S.V

R 239,60

Dr. CHAOUI Salah Eddine  
444, Av Mokhtar Soussi  
(Ex Av B) Hay Al Masjir  
Casablanca  
Tél. 0522 28 16 56

Pharmacie MIMOSAS  
Hind CAHIMIR  
Docteur en Pharmacie  
440, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél. 0522 28 16 56

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V: 116,30 DH  
6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V: 116,30 DH  
6 118000 061069

447، شارع المختار السوسي (مسجد السنة) فوق صيدلية المسجد - الدار البيضاء  
447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi ( Mosquée Souna ) Au Dessus Phar. Al Masjir  
Casablanca - Tél : 0522 28 16 56 :الهاتف