

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.



Declaration de Maladie

N° W21-812161

169506

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01.01.1958

Adresse : P. Smaï, angle R. Ibn KALAKIS, Bd. Bouygues
N° 130 CASR

Tél. : 06 05904320 Total des frais engagés : 896,80

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 26/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Instructions à suivre

Établir 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 un 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 un 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 و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير....).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم	Réf. : ANAM 12.02.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *		
N° Dossier : 060590132			خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)				
الإسم العائلي و الشخصي : KSAR Mohamed				
رقم التسجيل : 159689128				
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 99405				
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *				
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>				
العنوان : R. Sanaa, angle R. Ibn. KALAKIS N°130 Bd. Boulevard				
مبلغ المصاريف : 895,80 Dhs. CASA				
عدد الوثائق المرفقة :				
Declaración du Médecin traitant				
المستفيد من العلاجات				
بénéficiaire de soins				
الإسم العائلي و الشخصي : KSAR Med				
تاريخ الإزدياد :				
رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
الجنس : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى				
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **				
INPE et code à barres **		المؤسسة العلاجية		
مédecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
نوع العلاجات				
Type de soins				
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
N° dossier ALD :				
Code ALD :				
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *				
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : Le :		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : Le :		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع و طابع الطبيب 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.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء من . ب .

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الإستملا :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

Formation :
Reçu de M :
La somme de :

№ 289609

[illegible]

Le : 30.05.23
Signature du
Régisseur et Cachet

وصف العمليات المجراة

توقيع و طابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin
traitant

03101015104121

18	05	2023
----	----	------

INPE et code à Barres
0400018042

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres _								

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
20-05-2023	850		20.00	<p>LABORATOIRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA</p> <p>Dr. HASSAN DIAZANI</p> <p>05 22 22 22 22</p> <p>101 05 22 22 22 22</p>
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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
30/05/23	766,80	PHARMACIE ATTAMID CASA Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 Casablanca Tel. 0522 70 80 42
INPE et code à Barres _____		
092012293		
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



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN

Date 18/05/2023

Prénoms - Nom du malade : Mr Ksar Ted

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Uthémie de contrôle a faire 24/05/2023	

Le médecin traitant

Psychiatrie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Casablanca, le : 30/07/2023

ORDONNANCE

Docteur : ordonnance délivrée à l'épouse

Mr. Ksar Med

67,60
1 - Terabthe 200mg p

01 - 02 - 02
239,00
2 - Gamictal 100mg p

01 - 01 - 01
20,00
3 - Lemuda 200mg p

57,30
4 - Nozinen 100mg p

23,80
5 - Largactil 100mg p

III de 2 mois
voir G 6 25/07/2023

3931-23
PHARMACIE ATTAWHID CASA
Hay Sadi Bloc 3 Rue 10
N°33 - Casablanca
Tél: 05 22 70 80 42

766,80
3931-23

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat S.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Terallthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH

6 118000 060895

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 651593
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 651570
6 118001 140800

LOT : 22E003
PER: 09 2024
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

LOT : 22E003
PER: 09 2024
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

LOT : 21E006V
PER: 10 2026
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30
6 118000 060482

LOT : 21E006V
PER: 10 2026
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30
6 118000 060482

LOT : 22E004
PER: 06 2025
LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V : 20DH80
6 118000 012375

LOT : 22E004
PER: 06 2025
LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V : 23DH80
6 118000 012375



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 : 03/05/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 159689128 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 03/05/2023 : إلى
au : 03/05/2023 : أداءات الفترة

Destinataire المرسل إليه
KSAR MOHAMED

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	التعريفية 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	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KSAR MOHAMED											
114701958	15/03/2023	PH	PHARMACIES D	386,20	0,00	1.00	4,00	0,00	0,00	03/05/2023	270,34
114701958	15/03/2023	CG	OFFICINES OPHTALMOLOGIE	0,00	0,00	1.00	1,00	0,00	70,00	03/05/2023	0,00
114701957	30/03/2023	PH	PHARMACIES D	383,30	0,00	1.00	13,00	0,00	0,00	03/05/2023	195,30
114701957	30/03/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	03/05/2023	56,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											521,64
Total général remboursé مبلغ التعويض الإجمالي											521,64

- 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

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 230501168

Casablanca le 29-05-2023

Mr KSAR Mohamed

Date de l'examen : 29-05-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0125	Lithium	B50

Total des B : 50

TOTAL DOSSIER : 70.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-dix dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
394, Bd. Zerktouni - Résidence le Casablanca
Tél : 0522 27 48 96 - Fax : 0522 27 49 13
Patente : 35404878 - INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 - ICE : 002982351000006