

# 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

M22- 0052336

Optique  Autres

171732

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHALIFI Nad

Date de naissance : 01-01-1943

Adresse : Terasse de California Bd de Fès App C19  
CASABLANCA

Tél. : 066 054 555

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.



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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :



Soulaoui

## **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 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.

'oute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne ont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

l'obligation de remboursement prise par la  
INSS est subordonnée au respect des conditions  
élementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

dentification de l'agent :.....

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة  
الميسقة.

لائحة هده الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

- \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé / des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <br>المعاشر الاجتماعي<br>CNSS | <b>البيان الدوري لتعويضات التأمين<br/>الصحي الإجباري</b><br><b>Relevé périodique des prestations AMO</b> |  | مديرية التأمين<br>الصحي الإجباري<br>Direction de l'Assurance<br>Maladie Obligatoire<br>Réf : 610 2-06<br>س.ج. رقم : 610 2-06 |
|  | Emis à : CASABLANCA<br>Le : 07/08/2023   | أصدر ب :<br>تاريخ :                      | Page 1 / 1<br>الصفحة   |
| № d'immatriculation<br>Règlements de la période<br>du : 07/08/2023<br>au : 07/08/2023                          | رقم التسجيل<br>أذاعات الفترة<br>من :<br>إلى :  | <b>Destinataire</b><br>ANDALOUSSI LATIFA |  |

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استندت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الحكمة                     | تاريخ العلاج     | المصلحة | مهنبو تصحنة                               | مبلغ المصاريف            | التعريفة<br>المصرية   | العامل                | الكمية   | لسنس                          | نسبة<br>التعويض                 | نوع<br>التعويض                 | نوع<br>التعويض       |
|--------------------------------|------------------|---------|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Numéro de dossier              | Date de<br>soins | Actes   | Prestataires de soins                     | Montant de la<br>dépense | Tarif de<br>référence | Coeff.                | Quantité | Base de<br>rembour-<br>sement | Taux de<br>rembour-<br>sement % | Date<br>d'envoi<br>du paiement | Montant<br>remboursé |
| <b>ANDALOUSSI LATIFA</b>       |                  |         |   |                          |                       |                       |          |                               |                                 |                                |                      |
| 126488698                      | 19/07/2023       | CSC     | CARDIOLOGIE                               | 400.00                   | 250.00                | 1.00                  | 1.00     | 250.00                        | 70.00                           | 07/08/2023                     | 175.00               |
| 126488698                      | 19/07/2023       | PH      | PHARMACIES D<br>OFFICINES<br>PHARMACIES D | 1443.00                  | 0.00                  | 1.00                  | 16.00    | 0.00                          | 0.00                            | 07/08/2023                     | 481.74               |
| 126488699                      | 27/07/2023       | PH      | OFFICINES<br>OPHTALMOLOGIE                | 72.80                    | 0.00                  | 1.00                  | 3.00     | 0.00                          | 0.00                            | 07/08/2023                     | 0.00                 |
| 126488699                      | 27/07/2023       | CS      | OPHTALMOLOGIE                             | 300.00                   | 150.00                | 1.00                  | 1.00     | 150.00                        | 70.00                           | 07/08/2023                     | 105.00               |
| <b>Total remboursé</b>         |                  |         |   |                          |                       | مجموع مبلغ التعويض    |          |                               |                                 |                                |                      |
| <b>Total général remboursé</b> |                  |         |   |                          |                       | مبلغ التعويض الاجمالي |          |                               |                                 |                                |                      |
| <b>761,74</b>                  |                  |         |   |                          |                       |                       |          |                               |                                 |                                |                      |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

|   |   |   |
|---|---|---|
| Pour plus d'informations :<br>merci de visiter notre site Web<br>ou le portail des assurés<br>ou l'application mobile<br>ou appeler notre serveur vocal au numéro<br>ou contacter notre centre d'appel ALLO D'AMANE aux numéros | <a href="http://www.cnss.ma">www.cnss.ma</a><br><a href="http://www.cnss.ma/Portail/">www.cnss.ma/Portail/</a><br>+ Ma CNSS +<br><b>080 20 30 100</b><br><b>080 203 3333 / 080 200 7200</b> | تزويذ من المعلومات:<br>برقم زيارة موقعنا الإلكتروني<br>أو البوابة الإلكترونية لمجلس نواب<br>أو تطبيق الوظائف<br>أو الاتصال بالشخص المسؤول على الرقم<br>أو الاتصال بمركز الاتصال لمجلس على الأرقام |
|---|---|---|

دار المؤمن - ساحة ناكلار - الدار البيضاء م.ص.ب. 2186 - ف.ل 0522 54 86 07 - ف.ل 0522 54 86 73  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02\_28\_03\_2018

1/1

**Docteur Saâd SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter

**الدكتور سعد السلمي**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوازن



Patient

*M. ANDALEB S. LATH* Casablanca, le 19.04.2023

Traitement de

Mois (3) Mois

*3x72,00 Détensol 10 S.V.*

*Traitement de 1 g le midi*

*3x100,70 DMS 1/2 0 1 S.V.*

Traitement de  
Trois mois

*5x80,72 DMSR 1 g les soirs*

*Traitement de 1 g les soirs*

*2x36,70 Ankiol 600 1/2 g le midi S.V.*

*6x124,70 Aflon 200 1/2 g le midi S.V.*

*ALL ALAMI 269  
Dr. Soufiane Alami  
Dacteur en pharmacie  
435 Bd. Panoramique B.P. 13.362  
Casablanca 20100  
Tél: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922*

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

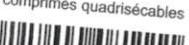
DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 280675

Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 280675

Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



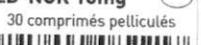
6 118000 280675

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

ANDALOUSSI, LATIFA

ID:

D-naiss:

0ans,

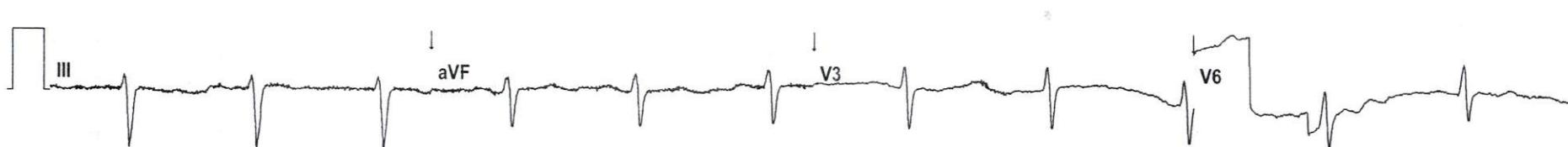
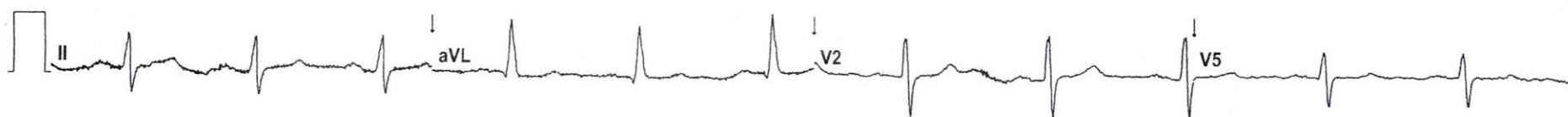
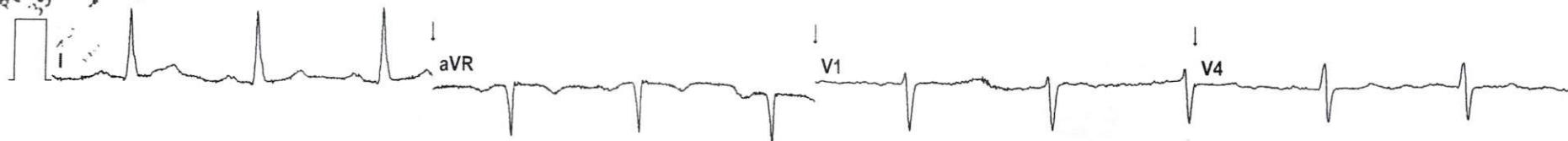
Dr. Latifa Andaloussi  
Professeur de Cardiologie  
356, rue Mostar, Casablanca  
Tél: 0522.26.13.26

19-Jul-2023 11:15:55

RYTHME SINUSAL  
ECG NORMAL

Non confirmé

Fréq.Card: 68 BPM  
Int PR: 207 ms  
Dur.QRS: 109 ms  
QT/QTc: 401 / 418 ms  
Axes P-R-T: 38 -18 20  
Moy RR: 876 ms  
QTcB: 428 ms  
QTcF: 419 ms



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 49624 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz