

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W21-817001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 78852

Nom & Prénom : FAIK Farah

Date de naissance : 15/11/1996

Adresse : Hay Zella Meriem Bloc C NR° 245 Benslimane

Tél. : 06-66-03-09-66 Total des frais engagés :

### 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 : 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.



## Instructions à suivre

Remplir une feuille de soins par personne et par maladie.  
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 la 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 tous 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 tous 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 prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. Le dossier de ces dernières est disponible auprès du réseau CNSS.

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

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales pénales.

La prise en charge de remboursement est subordonnée au respect des conditions pénales et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالسبب 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 ما عدا في حدود شهرين 60 يوما من انتهاء العلاج

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية المرجعية


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة لائحة 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 <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري <b>Réservé à la DAMO</b>
مبلغ من الـ 1000 درهم Date d'arrivée : 11/11/2011	تاريخ الاستلام : 11/11/2011

 <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-1-02	Réf: ANAM 12.01.01
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
خاص بالمؤمن له (ها)			
Nom et prénom : <b>NORRY AYOUB</b>			
N° Immatriculation : 1161212121101			
N° CIN : 11A1121016161			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>			
Adresse : <b>Hay Lala Meriem Bloc C NR 25 Benslimane</b>			
Montant des frais : 1335,00 Dhs			
Nombre de pièces jointes : 1			
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : <b>NORRY AYOUB</b>			
Date de naissance : 11/11/1981			
N° CIN : 11A1121016161			
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
INPE et code à barres **			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins *			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 11/11/2011		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 11/11/2011	
Le : 11/11/2011		Le : 11/11/2011	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement 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) et le code à barres.

traitant

Dr. ASMA ESSOUBA  
PEDIATRE - INPE : 071183156  
Bd Oued LAOU im City Office, Etg 3, N° C7  
Quartier Missimi Oulfa H.MASSANI - Casa  
05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies - dixieme revision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>الـمـنـمـفـوـتـر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>29/08/23</p>	<p>1081,00</p>	
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE : 092071778</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE : 092071778</p>		

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 : أصدر ب :  
Le : 11/09/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 169897910 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من : 11/09/2023 : إلى : 11/09/2023 :  
أداءات الفترة

المرسل إليه  
Destinataire  
NOKRY AYOUB

Veillez 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	أسس 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 rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
NOKRY MOHAMED ZAID											
130928200	29/08/2023	PH	PHARMACIES D	1085,00	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	11/09/2023	227,50
130928200	29/08/2023	CS	OFFICINES PEDIATRIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	11/09/2023	105,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							332,50
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							332,50

- 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 بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Dr. Asma ESSOUIBA

Pédiatre



الدكتورة أسماء السويبة

طبيبة الأطفال

- Néonatalogie
- Vaccination
- Echographie
- Asthme
- Allergie diabète
- Maladies dermatologiques, infectieuses et respiratoire
- Urgence

طب المواليد الجدد، الرضع والأطفال

اللقاح

تتبع النمو، الحساسية، الربو، السكري

لأمراض الجلدية، التعفنية، التنفسية

للحصى بالصدى

استعجلات

Casablanca le:

12 9 AOUT 2023

Nokry Mohamed Said

760,00

7000

1-Prevenar 13

(S.V.)

325,00

2- Zuprix Hexa (S.V.)

1085,00

DR. ASMA ESSOUIBA  
PEDIATRE - INPE : 071183156  
Bd Oued LAOUJ, Im City Office, Etg 3, N° C7  
Quartier Missimi Oulfa HASSANI - Casa  
05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30



عمارة سيتي - أوفيس، الطابق الثالث، رقم C7 (أمام مرجان - ماكدونالدز الحي الحسني) حي مسيسي الولفة  
الحي الحسني - الدار البيضاء

Imm City Office, 3ème Etage N° C7 (En face Marjane et Mc donald's Hay Hassani) quartier missimi  
Oulfa Hay Hassani - Casablanca

☎ 05 22 89 61 41 ☎ 06 60 60 37 30 ✉ cabinetasmaessouiba@gmail.com

ID: 648847  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 325,00 DH



6 118001 140718

*Prevenar 13*<sup>®</sup> 

suspension injectable PPV : 760,00 DH



6 118001 171057