

# 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

M23-0017047

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENKADIR MOSTAFA  
Date de naissance : 03.06.1954  
Adresse : 19 Rue BAALABAK ETG 2 N° 6  
BENJOLIA CARA  
Tél. : 06.3330.33.63 Total des frais engagés : 1429,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUBADES Fouzia 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 : 21 / 12 / 23

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



## livre

soins par personne et par

être accompagnée de toutes  
s originales (ordonnances  
).

de la personne soignée  
les praticiens eux mêmes  
soins.

ransmises doivent être  
codes à barres des

ainsi que les pièces  
être présentées à la CNSS  
si suivent le premier acte  
a un traitement médical  
ier cas, le dossier doit être  
ante (60) jours qui suivent

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au  
uite à un accord préalable.  
es est disponible auprès de

: accidents du travail et  
elles ne sont pas couverts.

ble de fraude ou de fausse  
nir des prestations qui ne  
sible des sanctions légales

boursement prise par la  
e au respect des conditions  
qui précède.

توقيع وطابع الوكالة  
signature de l'Agence

it : .....

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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  
المشترقة.

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

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 للمساطر القانونية.

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري	خاص بالمؤمن له (ها)
Réservé à la DAMO	
توقيع وطابع الوكالة	توقيع المؤمن له
signature de l'Agence	Signature de l'assuré (e)

 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-03 Réf. : ANAM 12.02.01
	* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *		

N° Dossier :

<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>	
الاسم العائلي و الشخصي : <b>OUDADES Fouzia</b> Nom et prénom :	رقم التسجيل : <b>1111111111111111</b> N° Immatriculation :
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1111111111111111</b> N° CIN :	علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
العنوان : <b>19, rue Baalabab Imm Appt 6 2<sup>e</sup> étage Bordjia Casa</b> Adresse :	مبلغ المصاريف : <b>1429,60</b> Dhs. Montant des frais :
عدد الوثائق المرفقة : <b>2</b> Nombre de pièces jointes :	الجنس : <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Moi-même

<b>تصريح الطبيب المعالج</b>	
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins	
الاسم العائلي و الشخصي : <b>Oudades Fouzia</b> Nom et prénom :	تاريخ الإزدياد : <b>1111111111111111</b> Date de naissance :
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1111111111111111</b> N° CIN :	الجنس : <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Moi-même
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر ** INPE et code à barres	
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

<b>نوع العلاجات</b>	
قبول المرض المزمن : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
رقم ملف المرض المزمن : <b>1111111111111111</b> N° dossier ALD :	رمز المرض المزمن : <b>1111111111111111</b> Code ALD :
Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض *	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء *
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>Cosabpanca</b> Le : <b>11/11/11</b>	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>Casa</b> Le : <b>11/11/11</b>
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)	أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



## وصف العمليات المجراة

**CIM-10**

## عمليات المساعدين الطبيين

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total
-------------------------	---------------	----------	------------



إفادة بالاستلام  
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 : مرجع رقم

Code agence : 009459 : رمز الوكالة



Numéro dossier

144033735

رقم الملف

Informations sur l'assuré		معلومات عن المؤمن له
Nom et prénom	OUADES FOUZIA	الاسم العائلي والشخصي
N° d'immatriculation	160184117	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	OUADES FOUZIA	الاسم العائلي والشخصي للمستفيد
Informations sur le dossier		معلومات عن الملف
Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT	نوع الملف
Date/heure de dépôt	28/11/2023 14:43	تاريخ ووقت الإيداع
Date de soin	2023-10-16	تاريخ العلاج
Montant des frais de soins	1429.6 DHS	مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,  
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدتي، سيدي،  
لقد توصلنا بملفكم. نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.  
Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021  
Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معطياتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التغطية.  
معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021  
يمكن أن نرسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تنتمون إليها وإلى الإدارات و الشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : [reclamation.pdcp@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcp@cnss.ma) ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني [reclamation.pdcp@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcp@cnss.ma) أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "الو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني [www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site [www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

Veuillez visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)  
Ma CNSS

05 20 19 40 40

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام



Dr. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

Casablanca, le

16/10/23

الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السياقة

الدار البيضاء، في

27/10/23

284862

1811

284862

Fouzi

113,30x2

Depakine

500

chronon

18 x 2/8

Tanumet 1000/50

18 x 2/8

284863

Trezen 20mg

18 mat.

Ocuyal Collyre

3/8

3 عمارة 35 - GH25B PO - مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء

3, Imm PO : 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulfa - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : ikaitouni@hotmail.com



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  
Le : 05/12/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 160184117

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 04/12/2023 : من  
au : 04/12/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

OUADES FOUZIA

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- -ement	Taux de rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUADES FOUZIA											
144033735	16/10/2023	PH	PHARMACIES D	1229,60	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	04/12/2023	813,12
144033735	16/10/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	04/12/2023	56,00
Total remboursé											869,12
Total général remboursé											869,12

- 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