

# 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



**Déclaration de Maladie**  
M23-0015048

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société : .....  
 Actif     Pensionné(e)     Autre : .....  
 Nom & Prénom : ARRAS Nouviline Ep. ARRAS  
 Date de naissance : 18/09/10  
 Adresse : .....  
 Tél. 0667 416030 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ARRAS Nouviline 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : ARRAS    Le : 28/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :



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 : 22/12/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 173353212 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 22/12/2023 : إلى  
au : 22/12/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه  
ARRAS NOUREDDINE

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	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	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
145093451	14/12/2023	PH	PHARMACIES D	86,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	22/12/2023	70,15
145093451	14/12/2023	CG	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/12/2023	0,00
145093451	14/12/2023	CS	MALADIES ENDOCRINOLOGIE ET	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	22/12/2023	121,50
145093451	14/12/2023	B	MALADIES LABORATOIRES D	494,00	385,00	350,00	1,00	385,00	81,00	22/12/2023	311,85
145093453	13/12/2023	D234	ANALYSES OPHTALMOLOGIE	200,00	247,50	11,00	1,00	247,50	81,00	22/12/2023	162,00
145093453	13/12/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	22/12/2023	121,50
<b>Total remboursé</b>											<b>787,00</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>787,00</b>

- 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

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف



**Docteur Lahcen ZAFAD**

Ophthalmologiste  
Spécialiste de la Chirurgie et  
des Maladies des Yeux  
Chirurgie Esthétique des paupières  
et des Voies Lacrymales  
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية  
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

13/12/2023

**ORDONNANCE**

Cher consoeur,

Le bilan ophtalmologique de votre patient Mr ARRAS NOUREDDINE  
(64 ans) que vous suivez pour un diabète montre :

- Acuité visuelle corrigée : 10/10 ODG,
- Examen du segment antérieur : RAS
- Tonus oculaire : normal aux 2 yeux,
- Fond d'œil : normal

Au total :

Bilan Ophtalmologique normal. Absence de signe de rétinopathie  
diabétique.

Merci de votre collaboration

ZAFAD LAHCEN

**Dr. Lahcen ZAFAD**  
Ophthalmologiste  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 0911111111

**AL MADINA**  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 35396 / 2023 du 13/12/2023

Nom patient **ARRAS NOUREDDINE**  
**PAYANT**

Entrée 13/12/2023  
Sortie 13/12/2023

CONSULTATION + FO

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION+FO	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total 400,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA





### Instructions à suivre

### تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسله.

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.

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 (60يوما) من انتهاء العلاج.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام
Date de dépôt du dossier : .....	Date d'arrivée
تاريخ الإيداع : .....	تاريخ الاستلام

0661454998

 <p>الضمان الاجتماعي القطري CNSS</p>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>		التأمين الصحي الإجباري Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable*	تنفيذ Exécution*	Réf : 610-1-03

<b>Partie réservée à l'assuré</b>		<b>خاص بالمؤمن له</b>	
Nom et prénom : <u>ARRAS Nour.eoldine</u>		الاسم العائلي والشخصي	
N° Immatriculation : <u>1171315132112</u>		رقم التسجيل	
N° CIN : <u>B11318121416</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج    Enfant <input type="checkbox"/> ابن    Lui même <input type="checkbox"/> هو نفسه			
Adresse : <u>RS FATIMAZAHRA ANGEL OTAR ELKHIYAT. Rue des Roibes</u> <u>BOUSSEJOUR HAYRAHA YAGA</u>			
Montant des frais : <u>.....</u> درهم		مبلغ المصاريف	
Nombre de pièces jointes : <u>.....</u>		عدد الوثائق المرفقة	

<b>Déclaration du Médecin traitant</b>		<b>تصريح الطبيب المعالج</b>	
Bénéficiaire des soins si différent de l'assuré		المستفيد من العلاجات إذا لم يكن المؤمن له	
Nom et prénom : .....		الاسم العائلي والشخصي	
Date de naissance : .....		تاريخ الإزدياد	
N° CIN : .....		رقم بطاقة التعريف الوطنية	
Sexe* : .....		الجنس	

<b>INPE et code à barres**</b>		<b>الرقم الوطني الاستدلال والرقم المشفر**</b>	
INPE: 090006784 Dr. Lahcen ZAFAD Ophthalmologiste		INPE: 090006784 Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	

<b>Type de soins</b>		<b>نوع العلاجات</b>	
Admission ALD : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		قبول المرض المزمن : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° dossier ALD : .....		رقم ملف المرض المزمن :	
Code ALD : .....		رقم المرض المزمن :	
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : .....	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : .....	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : .....	أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ب : .....
Le : .....		Le : .....	
Signature de l'assuré(e) <u>.....</u>		توقيع المؤمن له <u>.....</u>	

INPE : Identifiant National des professionnels de santé et des établissements de soins  
\* Cocher la mention utilisée pour chaque cas