

## 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.



## 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 Nouveline Ep. APRAS  
Date de naissance : / / Adresse : 189910  
Tél. 0667 116030 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : ARRAS Nouveline 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 : OUSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le 28/01/2024

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



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 : 22/12/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

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

Destinataire  
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	مهنو 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- 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
Total remboursé											787,00
Total général remboursé											787,00

- 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 »  
000 30 30 100

للمزيد من المعلومات:

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





**Docteur Lahcen ZAFAD**

Ophtalmologiste  
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 العين  
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**  
Ophtalmologiste  
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  
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
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



Description des actes effectués					وصف الممارات المجرأة
تاريخ الممارات Date des actes	رمز الممارات Code des actes	معامل الممارات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ الممارات Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب الممارات Signature et cachet du Médecin traitant	
13/12/23	CS16		4000		
INPE et code à Barres 1111111111111111					
INPE et code à Barres 1111111111111111					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ الممارات Date des actes	رمز الممارات Code des actes	معامل الممارات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد الممارات Nbre d'actes	المبلغ الممارات Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1111111111111111					
INPE et code à Barres 1111111111111111					

ICD-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				ممارات الإحصاء، الأشعة والصورة
تاريخ الممارات Date des actes	رمز الممارات Code des actes	معامل الممارات Lettre clé+ cotation NGAP/NASIM	المبلغ الممارات Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres 1111111111111111				
INPE et code à Barres 1111111111111111				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية المرفقة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن الممارات Prix facturé	توقيع وطابع المصنعي أو موزع الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
INPE et code à Barres 1111111111111111			
INPE et code à Barres 1111111111111111			

Prestations et services non pris en charge par l'Assurance Nationale			
طبيعة الممارات Nature de la prestation	المبلغ الممارات Prix Unitaire	الكمية Quantité	المبلغ الممارات Prix Total



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir 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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

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

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.

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.

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

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

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 (60 يوما) من انتهاء العلاج.

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


سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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 و كل ما سبق ذكره.

0661454998

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

<b>Partie réservée à l'assuré</b> خاص بالمؤمن له	
Nom et prénom : <u>ARRAS Nouraldine</u> الاسم العائلي والشخصي	
N° Immatriculation : <u>1171313132112</u> رقم التسجيل	
N° CIN : <u>B1131811161</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه	
Adresse : <u>RD FATIHA ZAHRA ANGLA OTHAR ELKHIYAT. Rue des Roques</u> العنوان	
Montant des frais : <u>.....</u> Dhs مبلغ المصاريف	
Nombre de pièces jointes : <u>4</u> عدد الوثائق المرفقة	

<b>Déclaration du Médecin traitant</b> تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire des soins si différent de l'assuré Nom et prénom : <u>01-MED</u> المستفيد من العلاجات إذا لم يكن المؤمن له الاسم العائلي والشخصي	
Date de naissance : <u>.....</u> تاريخ الميلاد	
N° CIN : <u>.....</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية	
Sexe* : <u>M</u> ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/>	
INPE et code à barres** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر**	

Médecin traitant : <u>Dr. Lahcen ZAFAD</u> الطبيب المعالج		Etablissement de soins : <u>المؤسسة العلاجية</u>	
Type de soins : <u>Admission ALD</u>			
Admission ALD : <u>oui</u>		Non	
N° dossier ALD : <u>.....</u>		رقم ملف المرض المزمن	
Code ALD : <u>.....</u>		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 : <u>.....</u> Le : <u>.....</u>	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>.....</u> Le : <u>.....</u>
Signature de l'assuré(e) <u>.....</u>	

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

توقيع وطابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Reservé à la DAMO

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع : .....

Date d'arrivée : .....

تاريخ الاستلام : .....