

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
M23-0015049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société : 189914
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NEMMOUCHE Ouardia Ep. ARRAS
Date de naissance : 13 la une
Adresse : 13 la une
Tél. 0670 16030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ARRAS Noureddine 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 : 08/01/2024 Le : 08/01/2024
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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 12/12/2023

M. AARAS Nouredine

① Memopass DDD

1 cp à midi pelt 3 mois

270,00



PRELMIR MICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 05112000

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
12/12/2023			300,00	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

CIM-10

عمليات الممارسين الطبيين					Actes Paramédicaux
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الممارس الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

CIM-10 ; Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} édition

عمليات الإحصاءات الطبية والبيولوجية				Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NA3M	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
12-12-23	270,00		
Pharmacie Meryem/INPE 092042456		Pharmacie Meryem Casablanca INPE: 092042456 19 bis, Bvd Ibnou Sina Tél: 0522 36 33 27/ ICE: 0026008430000001 Pharmacie Meryem	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	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 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 المرعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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.

0661484998

 الضمان الاجتماعي C.N.S.S.	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة 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

Partie réservée à l'assuré		خاص بالمؤمن له الاسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom : 4RKH5 Noureddine		رقم التسجيل : 1217131513121121 (47335 3212)
N° Immatriculation :		رقم بطاقة التعريف الوطنية : 121131211611
N° CIN :		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
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		العنوان : Adresse : 4RKH5 Noureddine 47335 3212
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire des soins si différent de l'assuré Nom et prénom :		المستفيد من العلاجات إذا لم يكن المؤمن له الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :		الجنس :
INPE et code à barres**		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		
Admission ALD* :		قبول المرض المزمن* :
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :		رقم المرض المزمن :
Maladie* :		Hospitalisation* :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :	Fait à :
Le :	Le :
Signature de l'assuré(e)	Signature de l'assuré(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 : 27/12/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 173353212 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 26/12/2023 : إلى
au : 26/12/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
ARRAS NOUREDDINE

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
استفدت 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- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
145093461	12/12/2023	PH	PHARMACIES D	270,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	26/12/2023	129,60
145093461	12/12/2023	CS	OFFICINES CHIRURGIE VASCULAIRE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	26/12/2023	121,50
Total remboursé			مجموع مبلغ التعويض								251,10
Total général remboursé			مبلغ التعويض الاجمالي								251,10

- 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
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف