

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

### 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **623** Société : **191969**

Actif  Pensionné(e)  Autre : **Bennani Meftaha**

Nom & Prénom : **01.01.1948**

Date de naissance : **2, rue Nîn Laâla Haya C.I.L Casablanca**

Adresse : **06.62.552.633** Total des frais engagés : **953** Dhs

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 : ..... 

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent[e] : .....

## Instructions à suivre

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,...).

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

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

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

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.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 الشرطي للأدوية المنشورة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإلزامية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم توزيع المبالغ المصرفة على أساس التعرفة الوطنية.  
المراجعة.

توضيح بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطبع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاتم مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: \_\_\_\_\_

تاريخ الاستلام: \_\_\_\_\_

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de Soins Maladie



\* موافقة مسبقة  
Entente préalable\*

\* تنفيذ  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

REF: ANAM/12010

خاص بالمؤمن له ( لها )

رقم التسجيل:

دокумент بطاقة التعريف الوطنية:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها )

العنوان:

مبلغ المصاري:

عدد العلاجي المرفقة:

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي:

تاريخ الازدياد:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس:

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشففي

Adresse :

مبلغ دبره ..... Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

M [ ] ذكر F [ ] أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات:

Hospitalisation [ ] استشارة [ ] Maternité [ ] أمومة [ ] Accident [ ] حادثة [ ] Maladie [ ] مرض [ ]

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

ب:

Le : \_\_\_\_\_

في:

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

ب:

Le : \_\_\_\_\_

أصرح بمصداقية وصحة  
المعلومات المنكورة أعلاه

توقيع وطبع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* اكتب المدة المناسبة

\*\* Cocher la mention utile pour chaque case

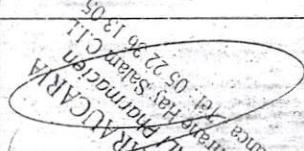
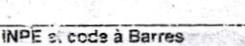
الصندوق الوطني للتأمين الإجباري - ساحة ناكل - الدار البيضاء الجديدة - الهاتف 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Cass Gare Téléphone : 080 203 3333

CIM-10

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies -- dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
09-09-23	B	571.80-	72000 DOL	مختبر الصقلبي للتحاليل الطبية LABORATOIRE SCALPI D'ANALYSES MEDICALES Dr. B. NMLOUD 240, Bd Brahim Roudani Madrif Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61 Casablanca - Patente: 35805014
INPE et code à Barres				09131000191A141
INPE et code à Barres				1111111111111111

**جريدة الوصفات التي تم تغييرها و التجهيزات الطبية المزمعة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيادلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/08/2023	4533 -	 <b>PHARMACIE AL-MALIKIYA</b> 12, Rue de l'Indépendance, BP. 22961 Casablanca Tél. : 05 22 96 13 05
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

#### Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



# CMR

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

**Consultations :**  
Pneumophysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**  
Pléthysmographie  
Spirométrie - Oscillométrie  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostic  
et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

دكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologist

28/08/2023

Madame BENNANI Meftaha

11630 OROKEN 200 : 1 comp matin et soir avant repas x 4 jours

4090 ISOLONE 20 mg : 2 comp le matin après manger x 5 jours

ENTEROGERMINA : 1 dose midi et soir x 5 jours

IMODIUM/ 1 boite : 2 comp par jour x 6 jours

28700 SYMBICORT 200 : 1 bouffée matin et soir x 1 mois

se rincer la bouche après chaque utilisation

45330

Pour les rendez-vous : tél. 06 66 79 59 81



**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  
مراجع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 18/10/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 124436637 رقم التسجيل  
Règlements de la période  
du : 17/10/2023 : من  
au : 17/10/2023 : إلى

Destinataire

BENNANI MEFTAH

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنفيت	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفية 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>BENNANI MEFTAH</b>											
130526574	07/09/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES CARDIOLOGIE	2129,00	1727,00	1570,00	1,00	1727,00	70,00	17/10/2023	1208,90
130526574	07/09/2023	R400	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	1000,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	17/10/2023	455,00
130526574	07/09/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	51,90	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	17/10/2023	36,33
130526574	07/09/2023	CSC	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	17/10/2023	175,00
130526575	28/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	453,30	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	17/10/2023	28,00
130526575	28/08/2023	CS	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	17/10/2023	105,00
130526575	28/08/2023	T205	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	17/10/2023	112,00
130526575	28/08/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	720,00	792,00	720,00	1,00	792,00	70,00	17/10/2023	504,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					
<b>2624,23</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  
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 بالمجبوب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الحصول على الضمان على الأرقام