

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*complément*

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AZHAK Mohamed

Date de naissance : 23/07/1954

Adresse : 58 Lot Al Adarissi Sidi Mounir CASA

Tél. : 0663084765 Total des frais engagés : 837,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : EL FIR ZAKIA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 : Casablanca

Le : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

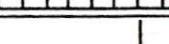
*177*

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou du laboratoire).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضوروية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوصات 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 الإسم 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 المنشورة والمتقدمة بالوصفات المرسلة.
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 الضوروية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في غضون شهرين من تاريخ أول عملية طبية ماعدا حالة العلاج المستمر في هذه الحالة بحسب تقييم الملف حدد ستين (60) يوما من انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		يمكن تعويض المبالغ المصرفة على أساس التغيرة 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.
L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.		الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبلدة السنية والتفقييم السني الوجهي ضرورية.
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 نصريخ كان للإستفادة 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 لا ينبع باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence		خاتم بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....		
Date de dépôt du dossier : ..... تاریخ الإيداع : .....		Date d'arrivée : ..... تاریخ الاستلام : .....

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
26.12.23	K	9	1000	600,000	Service d'urgences	
					Service d'urgences	

العمليات المساعدين الطبيين						توقيع وطابع المساعد المعالج
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	
INP : 						
INP : 						
INP : 						

العمليات الإيجياء الأشعة والصور						عمليات الإيجياء، راديولوجيا و المراقبة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Colation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP : 1 1 1 1 1 1						
INP : 1 1 1 1 1 1						
INP : 1 1 1 1 1 1						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشیء المخواط Prix Facturé	توقيع طلاب العيادة او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/12/2023	237.90	
INP : 09.496.941.17		
INP : 		
INP : 		
INP : 		

## ORDONNANCE

URDOUNNANCE

Dr. ZAHNOUNE Mohamed  
Medecin  
Spécialiste des Maladies  
Infectieuses et Tropicales

Le: 26/12/2015

226.30 A

15.00 16

22.00 31

14.11 14.60

234.90 234.90

111

URDOUNNANCE

Dr. ZAHNOUNE Mohamed  
Medecin  
Spécialiste des Maladies  
Infectieuses et Tropicales

Le: 26/12/2015

226.30 A

15.00 16

22.00 31

14.11 14.60

234.90 234.90

111

Dr. MOHAMED ZAHNOUNE

Diplôme Universitaire en Médecine  
d'urgence - Casablanca  
Urgentiste / Médecine de famille  
Consultation à domicile  
ECG



الدكتور محمد زحنون

حاصل على دبلوم جامعي في طب المستعجلات  
الدار البيضاء  
طبيب مستجلات  
طبيب العائلة  
فحص منزلي  
تخطيط القلب

## NOTE D'HONORAIRE

26.12.23

Facture détaillé:

Consultation: .....

600,00

Injection Consommable .....

Oxygène + Nébulisation .....

ECG: .....

Écographie: .....

Total: 600,00 DH

Dr. Mohamed Zahnoune vous souhaite un bon rétablissement

A.M: .....

EL OUFIR ZAKIA

Et vous adresse selon l'usage, sa note d'honoraire soit la somme de

six cent DHs DH

06 04 11 10 69 / 06 61 11 33 69 24H/7J

Adresse: 258, Rue Mustapha El Maani Bureau N°10 3ème étage Casablanca

24H/7J En cas d'urgence appeler: ☎ 06 04 11 10 69

Email: Drmzahnoune@gmail.com

Site Web :www.urgentiste.ma



 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :
	Emis à : <b>CASABLANCA</b> Le : <b>16/01/2024</b>	أصدر ب : بتاريخ :
		Page <b>1 /1</b> الصفحة
Nº d'immatriculation <b>193302413</b> Règlements de la période du : <b>16/01/2024</b> : من au : <b>16/01/2024</b> : إلى		<b>المرسل إليه</b> <b>Destinataire</b> <b>EL OFIR ZAKIA</b>

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أقساط 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
EL OFIR ZAKIA											
144559339	26/12/2023	V1	MEDECINE GENERALE	600,00	120,00	1,00	1,00	120,00	70,00	16/01/2024	84,00
144559339	26/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	237,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	16/01/2024	132,02
<b>Total remboursé</b>											<b>216,02</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>216,02</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 بالشجاعي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام