

# 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

- |                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

19/7/9

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <b>1966</b>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Rh A2ou ANT</b>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	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 : **ALD ALC 2024**

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) : .....



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
- PREVENTORIUM  
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelons  
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION  
  
- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

Mutuelle Complémentaire

DATE DE DEPOT



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 0663555

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RHAZOUHANI MED EL MAHFoud  
Matricule : 1846 Fonction : RETRAITE Poste :

Adresse :  
Tél. : 06.6146.26.19 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZOHRY FATIMA Age 118 10 12 15 11

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CASA , le 19.02.24 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## VOLET ADHERENT

DECLARATION

0663555

Matricule N° : 1846

Nom du patient : ZOHRY Fatima

Date de dépôt : 19-02-2024

Montant engagé

Nombre de pièces jointes : 3 feuilles



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX



## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 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.

**Signature et timbre de l'Agence**

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier:

## Conditions d'éligibilité

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement.

Présentation de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,...).

Présentation de l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que du code à barres correspondant.

Présentation de l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que du code à barres correspondant.

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement, ainsi que de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,...) dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf si il s'agit d'un traitement médical continu.

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement, ainsi que de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,...) dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement, ainsi que de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,...) dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement, ainsi que de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,...) dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement, ainsi que de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,...) dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

**Signature et timbre de l'Assuré**

Date d'arrivée:

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier:

 <b>CNSS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم: 610-1-02 Réf. ANAM 1.2.01 Ref. : ANAM 1.2.01
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable*	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **ZOHRY FATIMA**

N° Immatriculation : **1419121459815**

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse :

**RESIDENCE ANDALOUSSIA IMR83 APT8 BD ANOUAL CASA**

Montant des frais :

**1035,40 Dhs**

**8**

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **ZOHRY FATIMA**

Date de naissance :

N° CIN: **1419121459815**

Sexe\* :

**M**

ذكر

**F**

أنثى

INPE et code à barres \*\* **INPE: 11114918**

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation

استشارة

Maternité

أمومة

Accident

حادثة

Maladie

مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à : **CASABLANCA**

Le : **14/11/2012**

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أشهر بصدقه وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه  
بـ:  
Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

Fait à :

Le : **14/11/2012**

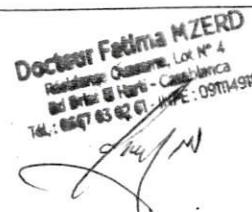
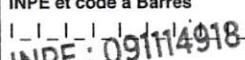
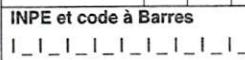
توقيع وظيف الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

**Dokter Fatima**

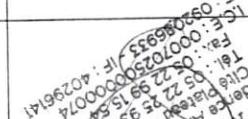
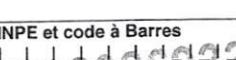
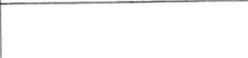
**INPE: 11114918**

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء، متر 2186  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطلب الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
11/12/2023			01	100 dhs	<p>Doctor Fatima MZERD Résidence Ouarzazate, Lot N° 4 Bd Bab El Hareb - Casablanca Tel.: 0527 63 42 61 - INPE: 09114918</p> 
INPE et code à Barres					
					
INPE et code à Barres					
					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جريدة المدونة الطبية
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع الصيحي او مون التجهيزات الطبية	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٠٢٣/١٢/٢٠٢٣	٥٣٥٤٠	 No. ٤، شارع ٢٢، برج ٢٥، قصرين، ٦٥٢٢، تونس DR. MSAKI ABDALLAH PHARMACIE ASKI	INPE et code à Barres 
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



**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 : 610-2-06

صفحة

Page 1 / 1

المترسل إليه

N° d'immatriculation 192159815 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 26/01/2024 من  
au : 26/01/2024 إلى

**Destinataire**

ZOHRY FATIMA

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة 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>ZOHRY FATIMA</b>											
67231888	11/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	935,40	0,00	1,00	19,00	0,00	0,00	26/01/2024	629,72
67231888	11/12/2023	C		100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	26/01/2024	56,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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 له  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالجحيف الآتي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الصisan على الأرقام

Docteur Fatima MZERD

Médecine Générale

## Echographie

## Analyse Diabète

Enfant, Femme & Homme



الدكتورة فاطمة مزرد

الطب العام  
الفحص بالأشعة  
تحليلات السكر  
أطفال، نساء و رجال

Casablanca, le : 11/12/1913

AS 40 x 4  
- Deltaplano 400

AS 40 x 3  
- Sepe 25 N3

AS 80 x 3 A1 x 2  
- AluVloy V 604

AS 90.00 x 3 A1 x 2  
- Tensile strength 1000

AS 70 x 3  
- AluVloy V 604

AS 70 x 3  
- Tensile strength 1000

AS 70 x 3  
- Tensile strength 1000

REF : 01  
LOT : 2222003  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
  
6 118000 010227

REF : 01  
LOT : 2222003  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
  
6 118000 010227

REF : 01  
LOT : 2222003  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
  
6 118000 010227

TARAXET® 25 mg  
30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMR/21/Np  
  
6 118000 022954

Doliprane® 500 mg

Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL  
12 Sachets

Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL

Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL  
12 Sachets

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

  
6 118000 020530

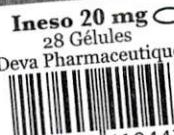
SEPCEN® 250 mg  
ciprofloxacine

SEPCEN® 250 mg  
ciprofloxacine  
10 comprimés pelliculés  
  
6 118000 230175

Ineso 20 mg  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique

Ineso 20 mg  
28 Gélules

Ineso 20 mg  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique

  
6 118000 410447