

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

W21-839004

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13338 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 198132

Nom & Prénom : FAI Farah

Date de naissance : 15/11/1996

Adresse : Hay Lalla Meriem bloc C n° 2h5 Bens Gmane

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Dé :



## Instruction 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 aux 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 réglementaire.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض

كل ما يثبت عليه عش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref : ANAM 1.201.01
	موافقة مسبقة Entente préalable*	تنفيذ Exécution*	مرجع رقم : 610-1-02	

## N° Dossier :

### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :	خاص بالمؤمن له (لها)
رقم التسجيل :	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	IT 11 12 13 14 15 16 17
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
لین de parente du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن
Adresse :	ALAZHAR Secteur 8 G#3 imm 20 APPT 13 Boulfa. Casa
Montant des frais :	380.20 Dhs
عدد الوثائق المرفقة :	1

### Déclaration du médecin traitant

بénéficiaire de soins	مستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي :	الإسم العائلي والشخصي
أريخ الإزدياد :	أريخ الإزدياد
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	رقم بطاقة التعريف الوطنية
جنس :	أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>
رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**	

### INPE et code à barres\*\*

مédécine traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
-------------------------------------	--------------------------------------------

### Type de Soins\*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant Fait à : .....	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : .....
Le : .....	Le : .....
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	توقيع وطابع الطبيب Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.







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 : 30/01/2024 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation	169897910	رقم التسجيل	المرسل إليه
Règlements de la période		أداءات الفترة	Destinataire
du : 30/01/2024	من		NOKRY AYOUB
au : 30/01/2024	إلى		

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 استقذتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	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 rembour- -sement	Taux de rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
NOKRY MOHAMED ZAID											
147362739	20/01/2024	PH	PHARMACIES D	139,20	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	30/01/2024	97,44
147362739	20/01/2024	CS	OFFICINES PEDIATRIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	30/01/2024	105,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							202,44
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							202,44

- 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 بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



- Néonatalogie
- Vaccination
- Echographie
- Asthme
- Allergie diabète
- Maladies dermatologiques, infectieuses et respiratoire
- Urgence

- طب المواليد الجدد، الرضع والأطفال
- تلقيح
- تتبع النمو، الحساسية، الربو، السكري
- الأمراض الجلدية، التعفن، التنفسية
- الفحص بالصدى
- مستعجلات

Casablanca le: 20 JAN 2024

نوكري تالين - - - - - زائد  
8mm 9kg200

1 - Priority valin.



PHARMACIE ANNESS  
Docteur en Pharmacie  
Anned Ouassal BOUCHA  
48, Allée des CASURILAS - Ain Seba - Casablanca  
(Près Clinique Ain Seba - Douar Missimi)

Dr. ESSOUBA ASMA  
Pédiatre  
71184156

عمارة سيتي - أوفيس، الطابق الثالث، رقم C7 (أمام مرجان - ماكدونالدز الحي الحسني) حي ميسيبي الولفة  
الحي الحسني - الدار البيضاء

Imm City Office, 3ème Etage N° C7 (En face Marjane et Mc donald's Hay Hassani) quartier missimi  
Oulfa Hay Hassani - Casablanca

☎ 05 22 89 61 41 ☎ 06 60 60 37 30 ✉ cabinetasmaessouiba@gmail.com