

# 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

- Reclamation : 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 : 1502

Société :

R.A.M.

decedé 1964 MA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HABIB EL FERMI

Date de naissance :

Adresse :

lot 4 Sidi El Ferhi

CASA

Tél. : 066 113 72 51

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

S. A. M.

Le : 23 FEV. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

000164386179

 <b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b>	<b>Relevé périodique des prestations AMO</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>مرجع رقم : 610-2-06</b>
	<b>Emis à :</b> CASABLANCA <b>Le :</b> 20/02/2024	<b>أصدر ب :</b> CASABLANCA <b> بتاريخ :</b> 20/02/2024
		<b>Page 1 / 1</b>
<b>N° d'immatriculation</b> 164386123 <b>رقم التسجيل</b> <b>Règlements de la période</b> du : 20/02/2024 : <b>من</b> au : 20/02/2024 : <b>إلى</b>	<b>أداءات الفترة</b>	<b>Destinataire</b> <b>NAKHLAOUI RACHIDA</b>

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	العنويات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء
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
<b>NAKHLAOUI RACHIDA</b>										
138197143	08/01/2024	C	MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	20/02/2024
138197143	08/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	354,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	20/02/2024
138197142	20/12/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	20/02/2024
138197142	20/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	644,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	20/02/2024
<b>Total remboursé</b>							<b>مجموع مبلغ التعويض</b>			
<b>Total général remboursé</b>							<b>مبلغ التعويض الإجمالي</b>			

- Sauf erreur ou omission

دا 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 ALLÔ 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

معلومات  
برة موقعنا الإلكتروني  
الإلكترونية للموس لهم  
الهاتف  
بالمجنب الإلكتروني على الرقم  
بمركز الاتصال إلى الصisan على الأرقام

## 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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
--	---

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: ٢٠٢٣/٠٦/١٥

تاريخ الاستلام: ٢٠٢٣/٠٦/١٥

تاريخ الارسال: ٢٠٢٣/٠٦/١٥

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فاتورة، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف المارسین على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشفط والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يرهن باحترام الشروط القانونية وكل معايير ذكر.

 الضمان الاجتماعي NATIONAL INSURANCE CNSS Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-10-02 مرجع رقم: 080 203 3333
موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	<small>Ref. ANAM : 1.2.91/01</small>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : NAKHLAOU, Rachida

N° Immatriculation : ١١٦٤٣٩٦١٨٣

N° CIN : ١٣٤٥٨٤٤٤

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : Souda II M-4 Sidi Mousa C084 العناوين :

Montant des frais :

٤٥٤,١٠ درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom :

الاسم العائلي والשם مثلي :

Date de naissance :

نارخ الايذاد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* :

الجنس :

INPE et code à Barres\*\*

٥٩١١٧٣١٢٠

Médecin traitant

Etablissement de soins

الطبيب المعالج

المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  أمومة  Accident  حادثة  Maladie  مرض

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

Fait à : ب: في: ٢٠٢٣/٠٦/١٥  
Le: ٢٠٢٣/٠٦/١٥  
توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

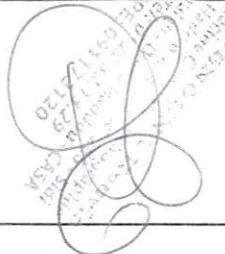
Fait à : ب: في: ٢٠٢٣/٠٦/١٥  
Le: ٢٠٢٣/٠٦/١٥  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- 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

الصندوق الوطني للتأمين الإجباري - ساحة داكار، الدار البيضاء، ص ٢١٨٦ - ٠٨٠ ٢٠٣ ٣٣٣٣ - الهاتف :

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع الملبغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
08/01/24			1000.15		
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

CIM - 10

Actes Paramédicaux							عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	النوع المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical			
INPE et code à Barres _____								
INPE et code à Barres _____								

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Médecine Nucléaire						توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإمبائي
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NAMB	النوع المفوت Montant facturé	النوع المفوت Montant facturé	النوع المفوت Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النوع المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
08/01/24	354.10			
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

Docteur Houria BENOUNA

Médecine Générale

Echographie

LOTISSEMENT HADDIQUI, Rue 3, N 266

Sidi Maarouf III, OULED Haddou- Casablanca

Tél.: 06 49 87 76 27

الدكتورة حورية بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

تجزئة الحديدي، زنقة 3، رقم 266

سيدي معروف، 3 اولاد حدو - الدار البيضاء

الهاتف: 06 49 87 76 27

## ORDONNANCE

Casablanca, le: 08/01/24 الدار البيضاء، في

NAKHLAoui RACHIDA

1. قناع سو 1 قل 15  
- Molgram 3 قل 15  
- Dafalon 50 0 128,70 2 قل 15  
- D. Cure frite 49,60 1AB 120 5  
- Soprisfem 80 (K02) 27,50 x 2 3 قل 15  
- Euc carbon 3 قل 15  
32x32,00

Signature: Houria BENOUNA

4. OUTS SOINTS EFFETS  
plus d'informations à votre médecin ou  
Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation

DE AVANT DE

rise sang);  
utilisés pour fluidifier  
cœurs de sang dans le  
tritiques (médicaments  
pres du foie qui  
ne sont pas utilisés);  
l'irritante);  
augmenter la force de la  
pour régulariser le  
peux);

pour traiter des  
doses supérieures ou  
ou inférieures à 3  
médicaments utilisés

absorbants

et effets de  
possible que votre  
n'importe si vous prenez  
nents pour traiter

l'est pas adaptée  
les noumoussons  
la même  
tude pour  
tique.

qui en  
e  
st juger de

nséquent.