

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

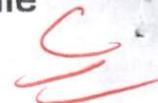
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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.

199868



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10773

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN Sihem

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : AV BIR KAREN VILLA HAJAR Souissi RABAT

Tel. : 0668 81 59 91

Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN T.M. Age: 53

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 :

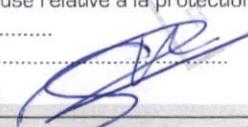
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Rabat

Le : 15/03/24

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-836379

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

#### **RELEVÉ 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**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **Violet Adherent**

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

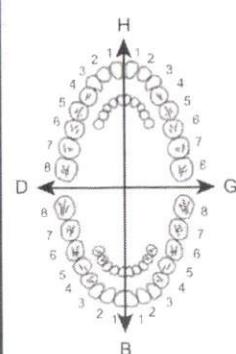
**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D —————		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	P	



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

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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 empreinte de l'agent	Signature et empreinte de l'agent
Identification de l'agent :	Date d'arrivée : _____
Date de dépôt du dossier : _____	Date d'arrivée : _____

**تعليمات يجب اتباعها**

تقديم ورقة العلاجات بالتناسبة لكل مرض وكل جيد  
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 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 المتصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

الصندوق الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة * Entente préalable *	نفيذ * Exécution *
---	---------------------------------------	-----------------------

### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

#### Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

رقم الملف : 610-1-02

Ref. ANAM : 120.01

0661163501

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعرفة الوطنية : A5994171

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

BENSELLOUN TALAL

1319909999

A5994171

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adr esse : AVANT KAREN VILLA HASAR SIDI ROZAT

Montant des frais : 1367,05 Dhs

مبلغ المصاري ف :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

BENSELLOUN TALAL

16081970

Date de naissance :

N° CIN:

A5994171

Sexe :

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres :

101162084

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins :

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  نفقة  Accident  حادثة

Maladie  مرض

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

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : Le : 11/01/2014 في : 11/01/2014

Signature de l'assuré

### Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

**CIM-10**

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
<b>INPE et code à Barres</b>  _  _  _  _  _  _  _  _					
<b>INPE et code à Barres</b>  _  _  _  _  _  _  _  _					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

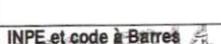
عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او الгинيسي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
27/11/23		K 760	836,00	LAM IBN SINA Laboratoire d'Analyses Médicales 39, Av. Ibn Sina, Agdal / Rabat Tel.: 05 37 66 18 38/39 Fax: 05 37 66 18 37 INPE Laboratoire : 103000550 INPE Maroc : 07160335
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres
13/12/23		B760	23,00	LAM IBN SINA Laboratoire d'Analyses Médicales 39, Av. Ibn Sina, Agdal / Rabat Tel.: 05 37 66 18 38/39 Fax: 05 37 66 18 37 INPE Laboratoire : 103000550 INPE Maroc : 07160335
INPE et code à Barres				INPE et code à Barres

**مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة**

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

**توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيز  
الطبية**

Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Sceau de l'Institut IRKA Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/11/2013	367,90	 IRKA Avenue Bir Hakeim, 100 Paris - Tél. 01 71 65 63 33
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  
مراجع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA  
Le : 09/02/2024

أصدر ب :  
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation	131990999	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 09/02/2024	: من	
au : 09/02/2024	: إلى	

**Destinataire**

BENJELLOUN TALAL

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

تحدون أدناه مجلد 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	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>BENJELLOUN TALAL</b>											
148626992	27/11/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	09/02/2024	175,00
148626992	27/11/2023	B	MEDECIN BIOLOGISTE	231,00	231,00	210,00	1,00	231,00	70,00	09/02/2024	161,70
148626992	27/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	367,90	0,00	1,00	9,00	0,00	0,00	09/02/2024	214,13
148626992	27/11/2023	B	MEDECIN BIOLOGISTE	836,00	836,00	760,00	1,00	836,00	70,00	09/02/2024	585,20
<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

للزيادة من المعلومات  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
او تطبيق الهاتف  
او الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام