

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037437

156 297

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1772 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEIKATE RAJAE
Date de naissance : 26-9-1993
Adresse : 248, Bd Yacoub el Nassour SNC Ag 37- CAS
Tél. : 0664724228 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 :

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 : CAS Le : 15/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

تعليمات يجب إتباعها

lle de soins par personne et par

oins doit être accompagnée de
èces justificatives originales
édicales, factures,).

énom de la personne soignée
tés par les praticiens eux mêmes
e de soins.

es transmises doivent être
des codes à barres des
ietés.

soins ainsi que les pièces
ent être présentées à la CNSS
ois qui suivent le premier acte
ya traitement médical continu.
cas, le dossier doit être présenté
(60) jours qui suivent la fin du

ient des frais engagés sera
se de la tarification nationale de

tions ne peuvent donner lieu au
que suite à accord préalable.
rnières est disponible auprès de
ISS.

aux accidents du travail et
sionnelles ne sont pas couverts.

ouppable de fraude ou de fausse
obtenir des prestations qui ne
t passible des sanctions légales

remboursement prise par la
onnée au respect des conditions
de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
signature de l'Agence

agent :

تاريخ الاستلام : تاريخ الإيداع :

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 الاجتماعي 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 التعريفة 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 الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

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

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام : تاريخ الإيداع :

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p> <p>Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
	<p>مرافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable</p>	<p>تنفيذ</p> <p>Exécution</p>		
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Nom et prénom : SEKRAE RAJAE الاسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>N° Immatriculation : 128123232121 رقم التسجيل :</p>				
<p>N° CIN : 1289069 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)</p>				
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>				
<p>Adresse : 248, Bd Yacoub el Moukadam, 2ème Etage, Casablanca العنوان : 248, Bd Yacoub el Moukadam, 2ème Etage, Casablanca</p>				
<p>Montant des frais : Dhs. مبلغ المصاريف :</p>				
<p>Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :</p>				
<p>Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>				
<p>Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات</p>				
<p>Nom et prénom : SEKRAE RAJAE الاسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>Date de naissance : تاريخ الميلاد :</p>				
<p>N° CIN : 1289069 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس :</p>				
<p>INPE et code à Barres** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**</p>				
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins* نوع العلاجات</p>				
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>		
<p>Fait à : Casablanca ب : في : 22 NOV. 2022</p>		<p>Fait à : ب : في : 22 NOV. 2022</p>		
<p>Le : توقيع المؤمن له</p>		<p>Le : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>		
<p>Signature de l'assuré(e) SEKRAE RAJAE</p>		<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		
<p>Dr. BENJELLOUN NABIL</p>				
<p>* Cocher la mention utile pour chaque case</p>				
<p>** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) et ainsi que le code à barres</p>				
<p>080 203 3333 : الهاتف - المحطة - 2186 الدار البيضاء ص - ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333</p>				
<p>CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333</p>				



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 : 02/02/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 192823212 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 09/12/2022 : إلى : 09/12/2022 :
أداءات الفترة

المُرسل إليه Destinataire

SEKKATE RAJAE

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	مبلغ التعويض
Número 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- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SEKKATE RAJAE											
81967420	22/11/2022	D361	OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE	300,00	337,50	15,00	1,00	337,50	70,00	09/12/2022	210,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											210,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											210,00

- 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
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