

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.



Declaration de Maladie

N° W21-764749

158000

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6430 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Décédé

Nom & Prénom : FEM ELWALID Habbousine

Date de naissance :

Adresse : 100 Angle rue Mohamed ELHaddaoui
Ras la peul - Appt 38 Bourgogne CASA

Tél. : 0667772338 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 :

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) :

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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

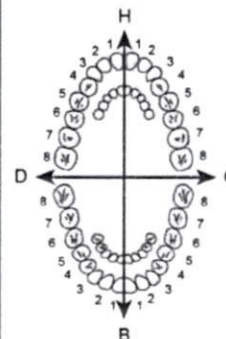
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

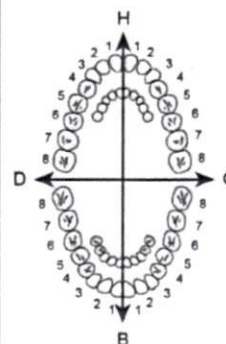
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
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

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

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

 الصندوق الوطني للتأمين على المرض CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	RSE ANAM : 1.2.01.01
موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		
N° Dossier :		0667772333	
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom :		الإسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation :		رقم التسجيل :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :	
Adresse :		العنوان :	
Montant des :		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins :		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe :		الجنس :	
INPE et code à Barres :		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر :	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins :		نوع العلاجات :	
Hospitalisation		مرض	
Accident		حادث	
Maternité		أمومة	
Je déclare les informations ci-dessus		أشهر بصحبة كل ما ذكر أعلاه	
sincères et véritables.		المعلومات المذكورة أعلاه	
Fait à :		ب :	
Le :		في :	
Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		المعلومات المذكورة أعلاه	
Abdelilah		الطبيب المعالج	
RHUMATOLOGISTE		المؤسسة العلاجية	
B.P. 2186 Casablanca		المعلومات المذكورة أعلاه	
080 203 3333		المعلومات المذكورة أعلاه	

 الضمان الاجتماعي CNSS	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
	Emis à : CASABLANCA Le : 08/04/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 115209150 Règlements de la période du : 07/04/2023 : من au : 07/04/2023 : إلى		Destinataire GHAMRAOUI SANAA المرسل إليه	

Veuillez 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 استقدمتم 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHAMRAOUI SANAA											
118781944	14/03/2023	CS	RHUMATOLOGIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	90,00	07/04/2023	135,00
118781944	14/03/2023	C999	RHUMATOLOGIE	250,00	175,00	1.00	1,00	175,00	70,00	07/04/2023	122,50
118781944	14/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	464,90	0,00	1.00	3,00	0,00	0,00	07/04/2023	364,41
Total remboursé											621,91
Total général remboursé											621,91

- 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

Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Res. Salah Al Jarrah 359
Bd. Zerkouni - Casablanca

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

DOCTEUR ABDELILAH MIFTAH

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations, Muscles, Colonne

Vertébrales & Pied

Diplôme de la faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Radiologie osseuse-Ostéodensitométrie-Biopsie-Physiothérapie

Orthèses

Patente n° 35600171 - ICE : 001735515000049

FACTURE N° /20

DATE : 14/03/23

NOM : CHAKRO

PRENOM : SANA

CONSULTATION :

RADIOLOGIE :

ACTE :

TOTAL :

Arrêter la présente facture à la somme de Dhs :

vingt et cinq

Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Rès. Salah Al Jarrah 359
Bd. Zerkouni - Casablanca

Dr. Abdelilah MIFTAH

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations
Muscles, Colonne Vertébrale et Pied

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de France
Ancien Spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Diplôme d'université (PARIS) Méthodes Diagnostiques et
Thérapeutiques en Rhumatologie

Radiologie Osseuse - Ostéodensitométrie
Arthroscopie - Biopsie - Physiothérapie
Orthèses



الدكتور عبد الإله مفتاح

إختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام، المفاصل، العضلات، العمود الفقري و الرجل

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

إختصاصي سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا

دبلوم جامعة باريس في تشخيص وعلاج أمراض الروماتيزم
الفحص بالأشعة، الكشف بالمنظار للمفاصل، الترويض الطبي

Casablanca, le :

6/14/8/23

Nom :

GHAMRAOUI

Prénom :

SANAA

Tracet® 37,5 mg + 325 mg
Chlorhydrate de tramadol + Paracétamol
20 comprimés pelliculés



6 118000 331414

Tracet® 37,5 mg + 325 mg
Chlorhydrate de tramadol + Paracétamol
20 comprimés pelliculés



6 118000 331414

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOULAHNADIA
34, Rue Ibn el Moulalim - Bourgogne
Tél.: 0522 20 20 44

GAPHINE® 25mg
90 Gélules



6 118001 152070

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules



6 118000 241898

Brexin®

20 comprimés effervescent



6 118000 241171

Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Rés. Salah Al Jarrah 359
Rd. Zerkouni - Casablanca

GAPHINE

359, Bd Zerkouni - Angle Rue Ibn el Moulalim - Résd. Saleh Al Jarrah - 3ème Etg. (Face Restaurant Chinois) - Casablanca
Tél. : 05 22 26 96 64 / 05 22 47 29 47 / 06 25 00 00 05