

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- 0035184

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKHANIFI Meb.
Date de naissance : 01-01-1943
Adresse :
Tél. : 066245557 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 : ☐ 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 : 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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

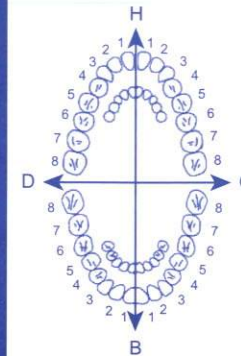
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

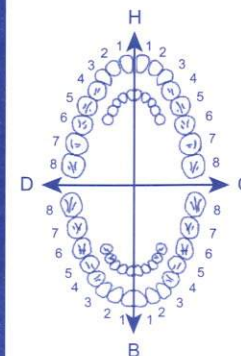
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

 الصندوق الاجتماعي LE FOND SOCIAL 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 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 11/04/2023	إصدار ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 186172518 Règlements de la période du : 11/04/2023 : من au : 11/04/2023 : إلى		Destinataire ANDALOUSSI LATIFA 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	العشقات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإفادة	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
ANDALOUSSI LATIFA											
123472292	21/03/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/04/2023	175,00
123472292	21/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1758,80	0,00	1,00	20,00	0,00	0,00	11/04/2023	960,26
123472290	27/03/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/04/2023	175,00
123472290	27/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	139,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	11/04/2023	97,30
123472290	27/03/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	360,00	275,00	250,00	1,00	275,00	70,00	11/04/2023	192,50
Total remboursé											1600,06
Total général remboursé											1600,06

- 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

لمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمشغول الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة دالكر - الدار البيضاء - ب.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Last: ANDALOUSSI
First: LATIFA
ID:
DOB: 09/08/1976
Age: 26
Sex: F

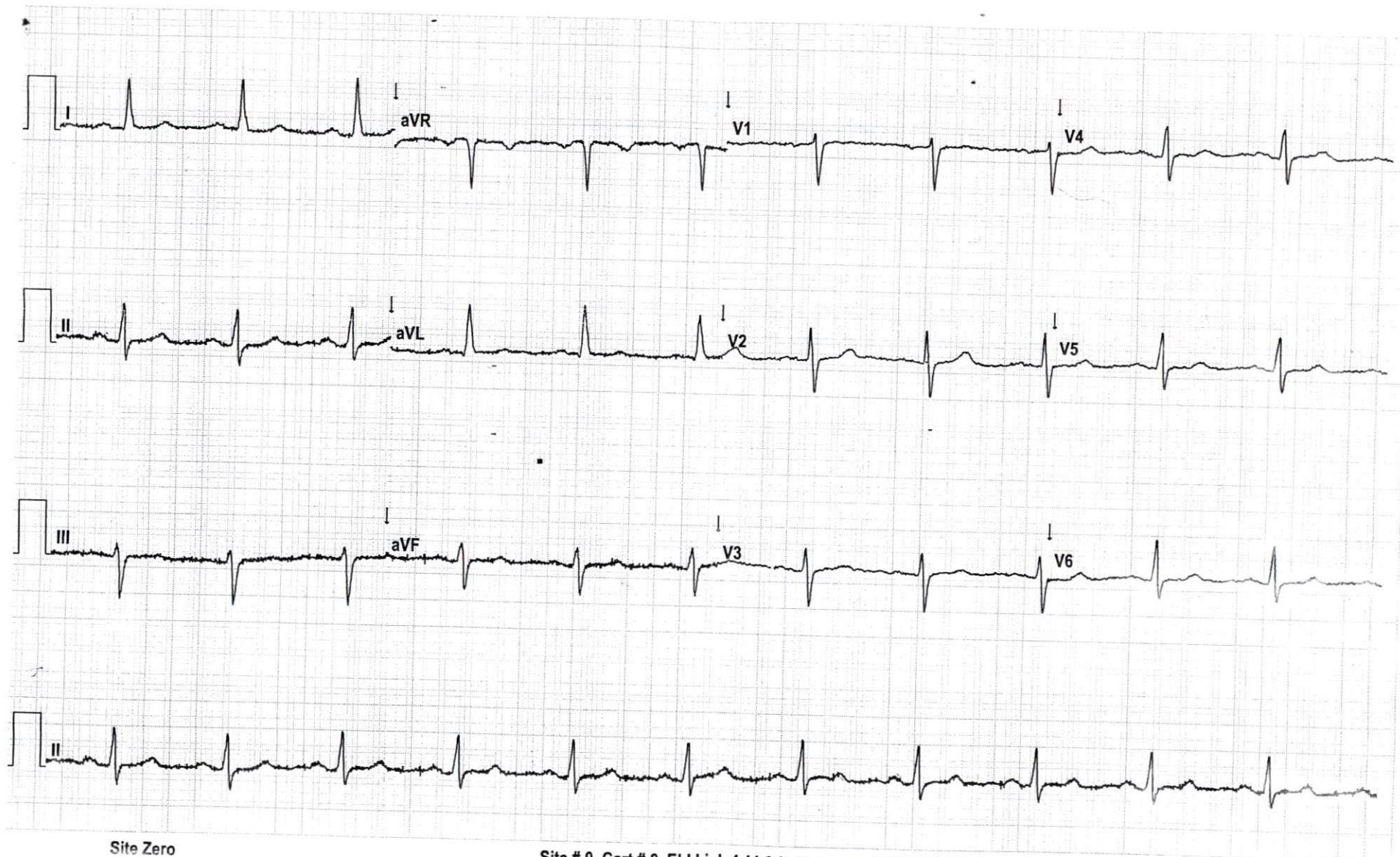
22-Mar-2023 08:35:28

Vent rate: 69 BPM
PR int: 202 ms
QRS dur: 109 ms
QT/QTc: 402 / 420 ms
P-R-T axes: 44 -7 48

RYTHME SINUSAL
ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 62359 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

3670 x 2

Anxiol 6mg

1/24 le 50

120,70
x3

Daflon 500mg

Traitement de
Trois (03) Mois

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél: 22.18 84/26.13.36 - CASA

82,60
x3

Zyrtée

to Aboz

curative du

1758,80

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables



ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables



daflon® 500mg
30 comprimés pelliculés



daflon® 500mg
30 comprimés pelliculés



daflon® 500mg
30 comprimés pelliculés



ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés sécables

ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés sécables

ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés sécables

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السامي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان



Patient :

Casablanca, le 22-MAR-2023-

7800
x3

Tatf

De ten siel

1 q lemb

TAM Bocor

100
x3

1/2

57,80
x3

L ANOT

1 q le

Cilentra 10

126
x3

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables



6 118000 280675

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables



6 118000 280675

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables



6 118000 280675

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés




6 118000 082217

PHARMACIE
SAÛD SOULAMI
Fournie par la Pharmacie

ion de remboursement prise par la
subordonnée au respect des conditions
taires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق
مكتوم

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>..... Signature de l'agent :</p> <p>..... Date d'arrivée:</p>	<p>..... تاريخ الاستلام:</p>

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">* موافقة مسبقة * Entente préalable *</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">* تنفيذ * Exécution *</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	<p>مديرية التأمين Direction de l'Assurance Maladie الطوارئ Urgence</p> <p>رجوع رقم 610-1-02</p> <p>REGANAM : 120101</p>
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *			
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (أ/ها)</p>				
<p>Nom et prénom : <u>ANDALOUSSI Fatma</u> الاسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>N° Immatriculation : <u>1/18761/1/212151/181</u> رقم التسجيل :</p>				
<p>N° CIN : <u>E 88945</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (أ/ها) *</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن </p>				
<p>Adresse : <u>Jardin de Californie, Bd d'FEZ Appr C19 CASABLANCA</u> عنوان :</p>				
<p>Montant des frais : <u>2158,80</u> Dhs مبلغ المصاريف :</p>				
<p>Nombre de pièces jointes : <u>93</u> 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 : <u>ANDALOUSSI Fatma</u> الاسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>Date de naissance : <u>1/1/1981</u> تاريخ الميلاد :</p>				
<p>N° CIN : <u>1/1/1981</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Sexe : <u>M</u> <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى الجنس :</p>				
<p>INPE et code à barres ** <u>INPE 091130922</u> رقم الوطني الاستدالي والرقم المميز</p>				
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>			
<p>Type de soins * نوع العلاجات *</p> <p> <input type="checkbox"/> 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 </p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : <u>22/03/2023</u> ب :</p> <p>Le : <u>22/03/2023</u> في :</p> <p style="text-align: center;"> <u>توقيع المؤمن له</u> Signature de l'assuré(e) </p>				
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : <u>22/03/2023</u> ب :</p> <p>Le : <u>22/03/2023</u> في :</p> <p style="text-align: center;"> <u>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</u> Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins </p>				

- * Cocher la mention utile pour chaque case

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - بناية داکار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS Place de DAKAR Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

CNSS Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 333

