

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-781514

par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8509			
Société : ROYAL AIR MAROC			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAAMI AFIKA			
Date de naissance : 01/01/57			
Adresse : HABI FUCHE			
Tél. : 066.109.56.13 Total des frais engagés : 129,3 EUR + 300 DHS			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 10/04/2023

Le : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

S. T. S.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-781514

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 : 8509
 Nom de l'adhérent(e) : CHAAMI
 Total des frais engagés : 129,3 EUR + 300 DHS
 Date de dépôt : 10/04/2023

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
.....	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.

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B	G G B	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 un 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 un 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.

لهمات بحسب اتياعها
قدام ورقة العلاج بالنسبة لكل مرض وكل حادث.
حسب ارباق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
وصفات طبية، (ابتير، ...).

جنب إرافق الوسائل المرسمة بالرمز. الشريطي للأدوية
مشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طلبية، مادعا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعرّض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنّها هذه الخدمات متوفّرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعريف.

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

حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سيق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 11/01/2014

عصير بدميرة التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

 الجهاز المركزي للمعاشات CNSS Le devoir de vous protéger	بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour le <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة Entente préalable </div> <div style="text-align: center;"> <small>ALGERIA</small> <small>ALGERIA</small> <small>ALGERIA</small> </div> </div>	 *100577037*	<small>مديرية التأمين à Malakia</small>
		<small>مراجع رقم</small>	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : S.R.A.I.R.I. A.b.d.e.l.i.c.e.b.			
N° Immatriculation : 1A151614140			
N° CIN : A800579			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ان </div>			
Adresse : LOT IZDARIR N° 10, SIDI EL ABBES, DEMASIA			
Montant des frais : درهم Dhs.			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : Mr. DSS. YOUSSEF AOUNA			
Date de naissance : 2. Imm. 2011, Algiers, Algérie			
N° CIN : 95M-06-68-95-15-F-05-37-01-06-54			
Sexe *: M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à barres ** <div style="display: flex; align-items: center;"> 11011810181815181 الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق ** </div>			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins			
Admission ALD *: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
N° dossier ALD : <input type="checkbox"/> قبول المرض المزمن *			
Code ALD : <input type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن *			
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشارة *			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. <input type="checkbox"/> شهد بحسنة كل ما ذكر أعلاه			
Fait à : ب في <input type="checkbox"/> توقيع المؤمن له			
Le : ٢٠١٤ / ١٥ / ٢٠١٤			
Signature de l'assuré (e)			
نوع العلاجات			
Admission ALD *: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن *:			
N° dossier ALD : <input type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن *			
Code ALD : <input type="checkbox"/> رمز المرض المزمن *			
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشارة *			
J déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. <input type="checkbox"/> توقيع و طبع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

Description des actes effectués

نوع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	المبلغ المفatur Montant facturé	معلمات العمليات Lettre clé + Cotationation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
Dr YOUSSEF NELLIOU Dr A. Moustapha Chraibi 05 39 02 98 80	300 DHS	-	CS	26/08/23

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورى Montant facturé	توقيع و طلب المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INPE et code à Barres

10 of 10

INPE et code à Barres

و صنف العمليات المعاصرة

**نوار طبع الطبيب الم
ر et Cachet du Médecin
traitant**

300 of

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

التاريخ الميلادي Date des actes	رمز الميليات Code des actes	معامل الميليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و خاتم تليف الائمة او الاختصاصيين Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

Description des ordonnances exténuées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التلفیڈ Date d'exécution	الفن المطلوب Prix facturé	الطبیعہ Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٢/٠٣/٢٠٢٣	٦٧٣ ٤٢٢١٣	Ecole SEGUIN et ORAIDI BETTA Tél : 01 45 74 31 10 2 place du Général Koenig - 75017 PARIS GRANDE PHARMACIE DES SPORTS 225, Avenue de l'Observatoire 75017 Paris

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Prestations et services non pris en charge			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE
RABAT SALE
AGENCE RABAT YEM

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO PV IJM-PRO AF

RC Autre :

N° CNSS: 176 44 06 10

N° DOSSIER (s) : 100 5 77 038
..... 100 5 77 038

Matricule Collaborateur

هذا

Date : 28/03/2023

للإطلاع على عذر الأيام المصرح بها
و للتتبع ملفاً قائم خاصة بالتعويضات

الرجو الاتصال في 080 20 30 100

أو زيارة وظيفة العمل من

عبر الموقع الإلكتروني

MA CNSS أو تطبيق الهاتف الذكي



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3533

للمرید من المعلومات

SELAS PHARMACIE DES SPORTS
2 place du 6^e arrondissement
75017 PARIS
752041608
Tel : 0143743110
INSEE :
rue

Fact. N° : 1157977
Date Fact. : 12/03/2003
Date Ord. : 12/03/2003
Medecin : MEDECIN Stranger
Code Op: 12
Malade: SFAIRI ABDEL
75017 PARIS

BTÉ	DESIGNATION	CIP	TTC/U BaseSS	HT	TaxSS
3	FIRUTEK CPR BT 5	3400934164682	138,33	-	1,02
1	Honor. dispens.		Durs: 3	Ordre: 1257977	
				0,51	-
1	Honor. dispens.			3,57	-
					0,00

MONTANT TOTAL : 422,13

MONTANT AVE : 0,00

MONTANT AVE : 0,00

MONTANT ASSURE : 422,13
Les montants s'entendent ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L 142-12 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

Dr. LYOUSSE MOUNA

**Neurologue - Epileptologue
(Adulte et Enfant)**

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux
Peripherique et Muscles
Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - EMG



الدكتورة اليوسسي منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع

الكبار والصغار

أمراض الدماغ للأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

تخطيط الكهربائي للدماغ الشبكي

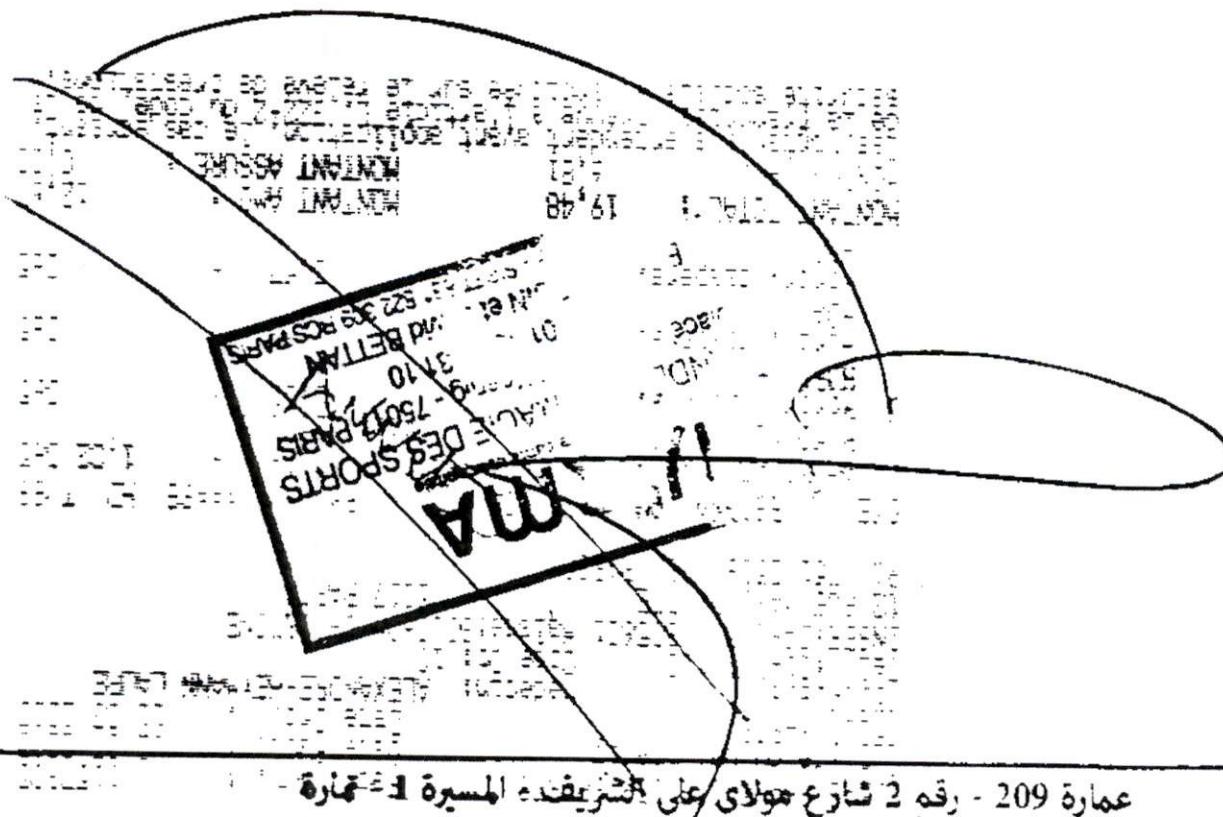
تخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le 08 Mars 2013 تمارة في

A. BRAIRI

Abdel

u. Rilutek 50mg
dep x 4j pdt 03mois



عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي التtipيفندة المسيرة فـ تـمـارـة

**Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA
E-mail: drlyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90**

SELAS PHARMACIE DES SPORTS
2 place du Gal Koenig
75017 PARIS
752041608
Tel : 01 45 74 31 10
INSEE:
rue

Fact. Num. : 1157927
Date Fact. : 12/03/2023
Date Ord. : 12/03/2023
Médecin : **EXCLU** Etranger
Code Op: 12
Malade: SPAIRI ABEL
75017 PARIS

ITÉ	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HQ	TaxSS
3	PILOTIX CPR BT 5	3400934164682	38,33	-	1,02
6			Duis: 3	Ordre:	1257927
1	Honor. dispens.		0,51	-	0
	HRR				
1	Honor. dispens.		3,57	-	0
	HRE				

MONTANT TOTAL : 422,13

MONTANT AWD : 0,00

MONTANT AHC : 0,00

MONTANT ASSURÉ : 422,13

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L 121-12 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.



Casablanca le 25 MAI 2022 الدار البيضاء في

**Direction des Prestations de l'Assurance Maladie
Obligatoire**

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

**SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL
ABED SKHIRAT
TEMARA**

Réf : Numéro d'Immatriculation : 176440610

Bénéficiaire : SRAIRI ABDELILAH

**Objet : Avis favorable pour le remboursement en
votre faveur du médicament «RILUTEK»**

**الموضوع : موافقة منطقية بتعويضكم عن مصاريف الدواء
«RILUTEK»**

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي،

En réponse à votre demande, nous vous informons de notre accord pour le remboursement en votre faveur du médicament «RILUTEK», à compter du 28/02/2022 ce tant que les conditions d'ouverture de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire seront remplies.

جوابا على طلبكم، نخبركم بموافقتنا لتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»، ابتداء من 28/02/2022 وذلك ما دمت متوفرون على شروط الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض

Ainsi, nous vous invitons à joindre une copie de cet accord à chaque dossier de remboursement déposé par vos soins en rapport avec ledit médicament.

و عليه، ندعوكم إلى إرفاق نسخة من هذه الموافقة إلى كل طلب تعويض عن مصاريف هذا الدواء.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur,,
en l'expression de nos sincères salutations.

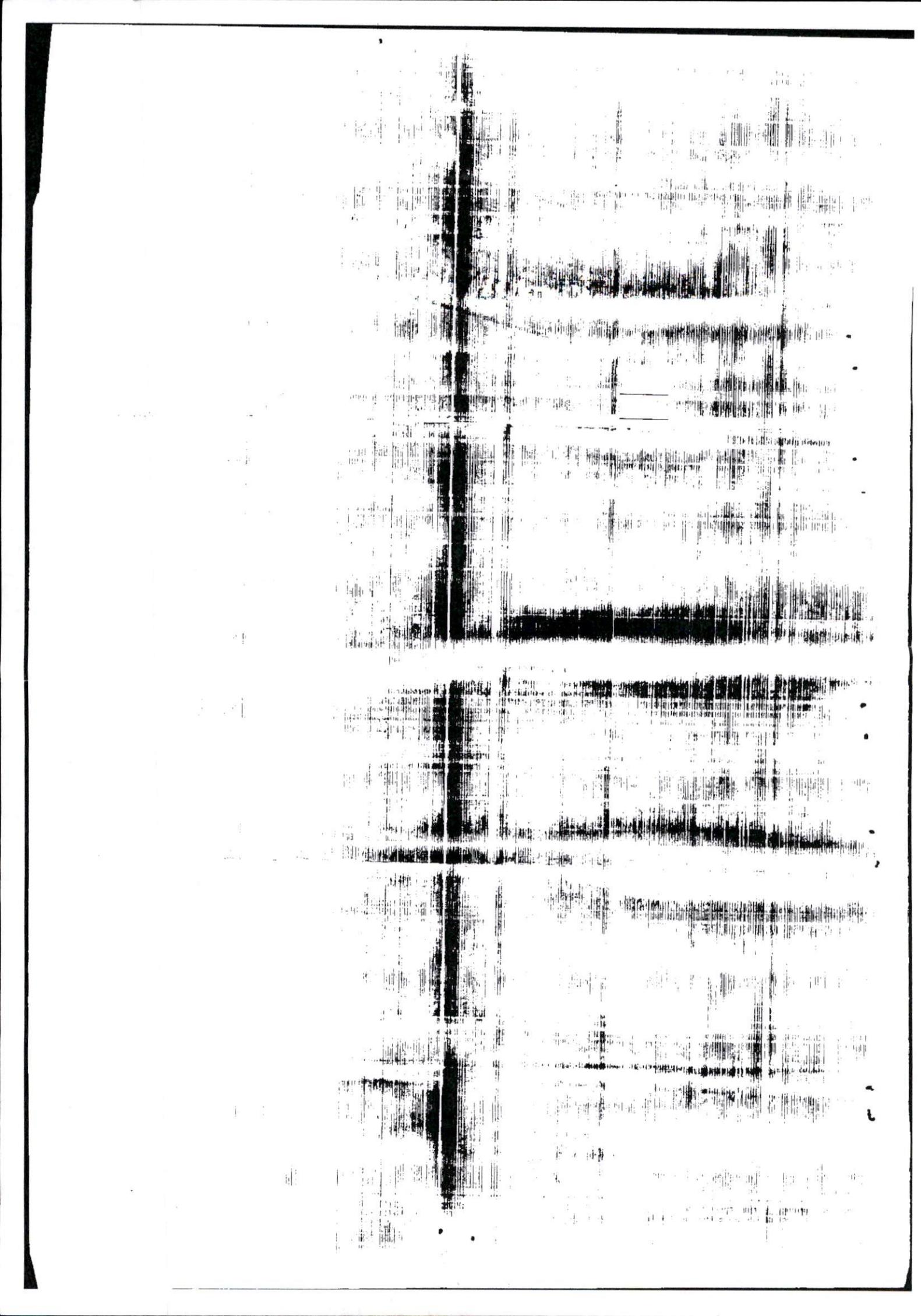
وتقبلوا سيدتي، سيدتي، خالص تحياتنا.

قسم المراقبة الطبية القبلية و مراقبة تعويضات التأمين الإجباري عن المرض
Division du Contrôle Médical à Priori et des Prestations AMO

Sauf erreur ou omission



تحت جميع التحفظات



SELAS PHARMACIE DES SPORTS
 Elodie SEGUIN
 2 place du Gén Koenig
 75017 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0145743110
 N° SIRET: 83181806700017
 Code NAF: 4773Z - FR83182230971

Page 1 / 1 34

FACTURE
 N°6007/1157933
 Du 12/03/2023
 Date de l'échéance 13/03/2023

SRAIRI ABDEL
 rue
 75017 PARIS

Prescripteur : MEDECIN Étranger
 N° AM : 921189601
 Opérateur: ELODIE S

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PU HT	TVA	Total HT
RILUTEK CPR BT 56 3400934164682	PH7	0	3	135,485	2,10%	406,45
N° Ordonnancier : 1257927						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50
Montant HT		Taux TVA (*)		Montant TVA		Montant TTC
413,45		2,1% (4)		8,68		422,13
Total HT				Total TVA		Total TTC
413,45				8,68		422,13

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	422,13

Mode(s) de règlement	
Espèces	422,13
Reste à verser	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



(NF525) 128/1/FACTURATION/FACTURE/MGMDW/JRDPWZAOU2.2011.R12-E70B5250370-14557857

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1