

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-781516

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8509 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHADMI AGHA

Date de naissance : 01/07/57

Adresse : HABITAT

Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 1900.00 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 : 10/06/2023 Le : 10/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-781516

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) : CHADMI AGHA

Total des frais engagés : 1900.00

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
				INP : [][][][][][][][][][]

[illegible]

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	

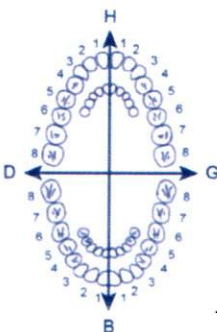
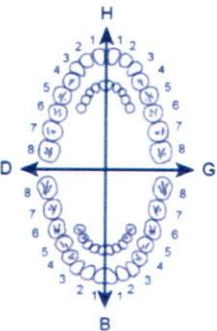
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

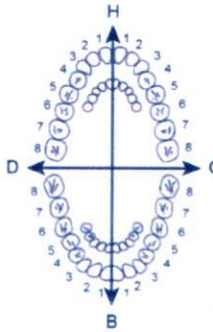
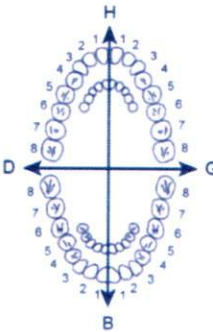
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>												
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>												
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>												
					FIN D'EXECUTION	<div></div>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>												
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>						H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS	<div></div>												
				DATE DU DEVIS	<div></div>													
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Établir 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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض وكل 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 بالزمن الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول صلية 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

0661095613

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة		100577038*
	Feuille de Soins pour les AF		
موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :	SRAIRI Abdelkader	الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation :	1111440619	رقم التسجيل :	
N° CIN :	A 800 679	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Adresse :	Lot 12 Ditar w 10 Sidi EL Abed Temara	العنوان :	
Montant des frais :	Dhs.	مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :	...	عدد الوثائق المرفقة :	

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins	MDR. YOUSSEF MOUTA	المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :	YOUSSEF MOUTA	الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :	21/11/2003	تاريخ الميلاد :	
N° CIN :	1111440619	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe * :	M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :	
INPE et code à barres **	1101440619	الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشترك **	

Médecin traitant	1101440619	Etablissement de soins	1111440619
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	

Type de soins		نوع العلاجات	
Admission ALD * :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن * :	
N° dossier ALD :	1111440619	رقم ملف المرض المزمن :	
Code ALD :	1111440619	رمز المرض المزمن :	
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء	

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :	في : 11/11/2003	Fait à :	في : 11/11/2003
Le :	في : 11/11/2003	Le :	في : 11/11/2003
توقيع المؤمن له	Signature de l'assuré(e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

Description des actes effectués				وصف العمليات المنجزة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
28/02/23	01	-	6	Dr. Youssef Mouna NEUROLOGUE 2, Imp. 409, Av. Moulay Ali Cherif Cité Massira I - Temara GSM: 06 66 95 50 54 - Tél: 05 12 62 96 96 INPE: 1012088554	
INPE et code à Barres 1012088554					
INPE et code à Barres 1012088554					

CIM-10

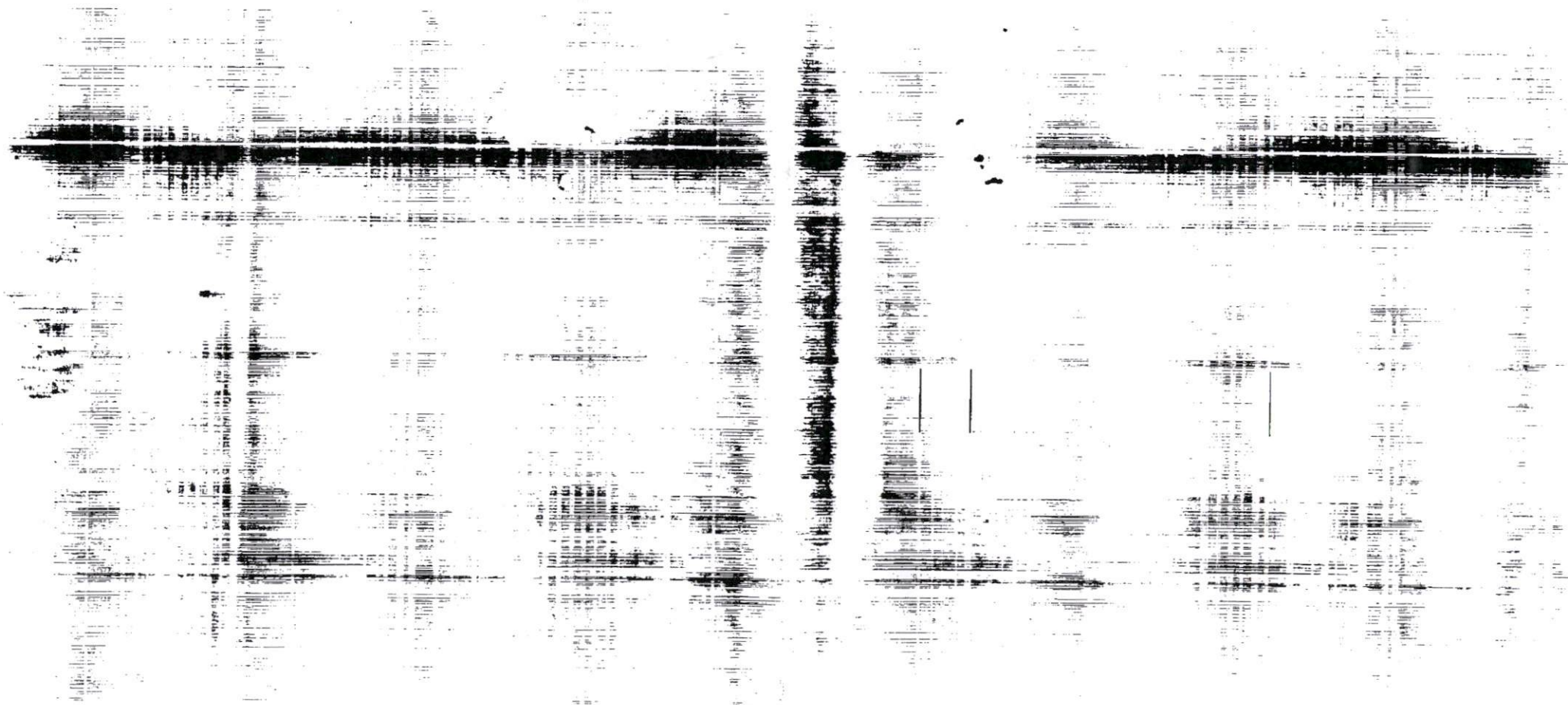
Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du personnel médical	
28/02/23	01	-	105	12000	KINE EL AZHAR Tél: +212 (0)5 12 62 96 96 GSM: 06 66 95 50 54 INPE: 1012088554	
INPE et code à Barres 1012088554						
INPE et code à Barres 1012088554						

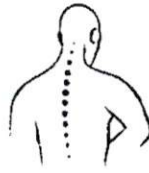
CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء الأشعة والتصوير	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NAIM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1012088554					
INPE et code à Barres 1012088554					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممرض التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
29/02/23	310,00	Francine AL FATH Tél: 05 30 30 21 20		
INPE et code à Barres 102112265				
INPE et code à Barres 102112265				

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





KINÉ EL AZHAR

Facture N°39/2022

Temara : 27/03/2023

- Identification du patient

Nom : SRAIRI

Prénom : Abdelilah

- Tableau des séances

Nombre de Séances	Date	Prix /séance	Total
10	25/02/2023 au 27/03/2023	120DH	1200DH

Détails des séances :

Séance	Date	séance	date
1	25/02/2023	6	13/03/2023
2	27/02/2023	7	16/03/2023
3	02/03/2023	8	20/03/2023
4	06/03/2023	9	24/03/2022
5	09/03/2023	10	27/03/2022

KINE EL AZHAR
EL AZHAR SANAIE
(Kinésithérapeute)
Tél : +212 (0)6 42 85 24 23
Angle Av Hassan II et Hassan I, Rés Sahij Souani
Imm B1, Appt 16, 4ème Etage Temara

KINE EL AZHAR
EL AZHAR SANAE
(Kinesithérapeute)
Tel: +212 (0)6 42 85 24 23
Boulevard Hassan II et Hassan I, Rés Sahel Souent
Bordj, Algérie 36, 4ème Etage Tamaris

Dr. LYOUSSI MOUNA

Neurologue - Epileptologue
(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux
Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Vidéo EEG - EMG



الدكتورة اليوسي منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع
الكبار والصغار

امراض الدماغ - الأعصاب - النخاع الشوكي والعضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Temara le: 22 Feb 2023 غرة في

Dr. SAFER Abdelilah

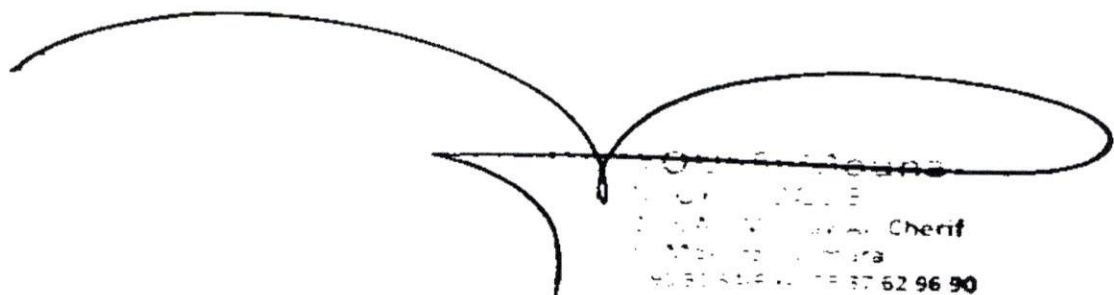
Faire sip de stries de réduction

- Portum
- Renforcement musculaire des muscles

proprement

- Recherche et renforcement
des muscles de la vie G^e

Agence x 21 semaine pdt 1 mois


Dr. Mouna Lyoussi
Neurologue - Epileptologue
Cherif
Temara
05 37 62 96 90
IN.PE: 1012083352

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90



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 : 08/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 176440610
Règlements de la période
du : 07/04/2023 : من
au : 07/04/2023 : إلى

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Destinataire

SRAIRI ABDELILAH

المرسل إليه

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 الأداء	مبلغ التعويض
Numéro 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
SRAIRI ABDELILAH											
100577038	27/03/2023	AMK	NEUROLOGIE	1200,00	50,00	1.00	10,00	500,00	70,00	07/04/2023	350,00
100577037	22/02/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	422,13	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	07/04/2023	401,02
Total remboursé											751,02
Total général remboursé											751,02

- 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