

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'El-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société : ALA 337

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUDOU RICHY

Date de naissance : 3-4-1958

Adresse : Rue ABOU ALWADI n° 127 Bourgogne

Tél. : 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 de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

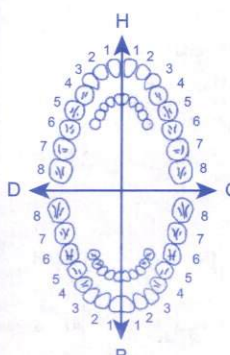
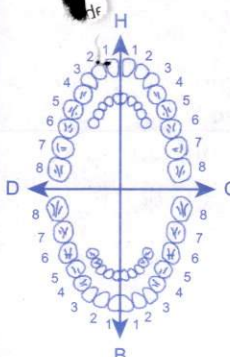
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

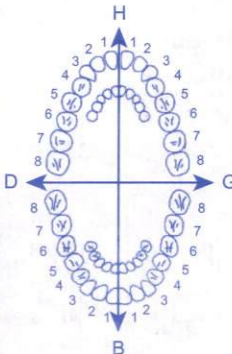
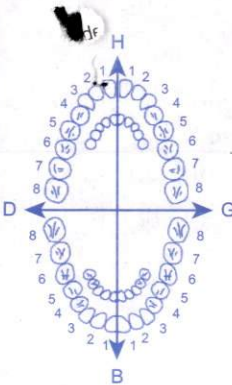
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																			
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td></td> <td>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> <td></td> <td>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> <td></td> <td>DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez 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	
					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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>25533412 00000000</div><div>D</div></div><div><div>H</div><div>21433552 00000000</div><div>G</div></div></div> <div><div>00000000 35533411</div><div>00000000 11433553</div></div> <div>B</div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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 L'EXECUTION



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 161630549 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 15/11/2022 : إلى
au : 15/11/2022 : إلى

Destinataire المرسل إليه

ABOUDOU ELENA

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	التعليقات	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
ABOUDOU ELENA											
89368084	17/10/2022	PH	PHARMACIES D	283,00	0,00	1.00	3,00	0,00	0,00	15/11/2022	198,10
89368084	17/10/2022	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	15/11/2022	56,00
Total remboursé											254,10
Total général remboursé											254,10

- 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

0634096713

 <p>الضمان الاجتماعي CNSB</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>taladie</p> <p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Réf. - 610-1-02 مرجع رقم</p>
	<p>*089368084*</p>	<p>REG ANAN : 1.201.01</p>	

N° Dos

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ABOUDOU MANGATO BLENA** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **11611630549** رقم التسجيل :

N° CIN : **BK101212496** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : **127 Rue Abou alWaght Res. Sekkat 1st Etg Bourgogne Casa**

Montant des frais : **483.20** Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **ABOUDOU MANGATO ELZHA** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **18 08 1960** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **BK022405** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : ☐ M ذكر ☒ F أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant</p> <p>Fait à : Casablanca ب : 09 11 63 493 في : 17 10 2022</p> <p>Le : 17 10 2022</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e) Maboudou</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à : Casablanca ب : 09 11 63 493 في : 17 10 2022</p> <p>Le : 17 10 2022</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج Docteur TAMMOUZA Bachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins G7 Rue Bourgogne</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- * Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

المستند الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2188 الدار البيضاء الحظية - الهاتف: 089 203 3333
CNSB - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2188 Casablanca Téléphone : 089 203 3333

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة	
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							
17/10/2022				C	200 DH	Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7 Rue Abou Alwaq Khalaf Bourgogne Casablanca	
INPE et code à Barres 091163493							
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _							

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 Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Docteur TAHIRI Souad
Diplômée de l'Université de Montpellier
Médecine Générale
Echographie - Diabétologie
Diététique Médicale - Médecine du travail

Casablanca, le :

17/10/2022

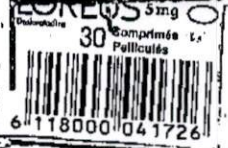
الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مولاي
الطبيب العام

الفحص بالصدى - مرض السكر
الحمية الطبية - طب العام

PHARMACIE MARINA
Sofia KOUHEDJEN
54, Rue Ibnou Khir (ex Tarave)
Bourgogne - Casablanca
Tél.: 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

ABOUDEL NAFATO ELHA
Azix 500 mg
3 comprimés sucrés
18.70
18.20
5mg
125.30
Vaxigrip Tetra
283.20



Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf
Bourgogne Casablanca

PHARMACIE MARINA
Sofia KOUHEDJEN
54, Rue Ibnou Khir (ex Tarave)
Bourgogne - Casablanca
Tél.: 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

112, مجموعة 7 - زنقة أبو الوقت خلاف - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 87 38
112, G 7 - Rue Abou Alwaqt Khalaf - Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 36 87 38