

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M23-011662

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUDOU

Date de naissance : 3-4-1958

Adresse : Rue ABU MWAQI n°127

Tél : 0661 593 770

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 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

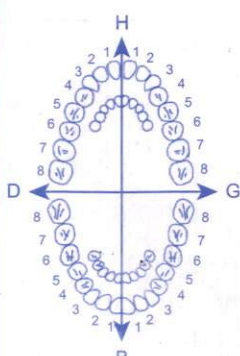
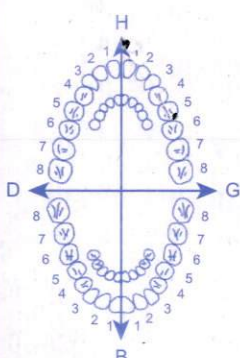
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

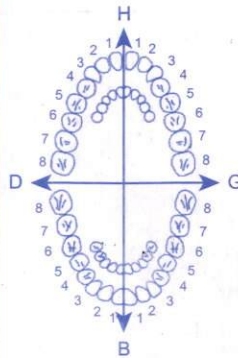
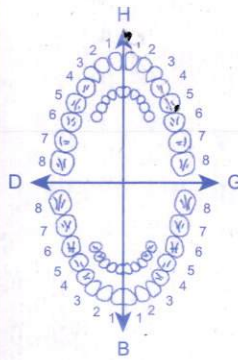
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div>Coefficient des Travaux <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div>Début d'exécution <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div>Fin d'exécution <input style="width: 100px;" type="text"/></div>														
<div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> 	<div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div>Coefficient des Travaux <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div> <div>DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>																	

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D0000000000000000G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></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 : 14/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 161630549 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 07/02/2023 : إلى
au : 07/02/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
ABOUDOU ELENA

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
استفدتم 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 الاداء	مبلغ التعويض
Número 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											
112405303	17/01/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	07/02/2023	105,00
112405303	17/01/2023	D234	OPHTALMOLOGIE	150,00	247,50	11,00	1,00	247,50	70,00	07/02/2023	105,00
112405303	17/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	627,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	07/02/2023	0,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											210,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											210,00

- 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 الوضمان على الأرقام

تعلیماتِ یجبِ اتباعہا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 بالرمز الشريطي للأدوية
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

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

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

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: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:
Date de dépôt du dossier: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع:	

BC4436 52169382 1A613308

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>مديرية الشفاء بـ 1</p> <p>060 203 3333 Maladie</p>
	<p>رقم العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins</p>

0634046773

112405303

REL. ANAM: 1201/01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ABOUDOU MANALOTO ELENA الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1.6.1.6.3.0.5.4.9 رقم التسجيل :

N° CIN : B1K02121401E 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 Al Wagf Res. Sekkat 1stg. Barro العنوان :

Montant des frais : 927.80 Dhs 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 : ABOUDOU MANALOTO ELENA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1.6.1.6.3.0.5.4.9 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : الجنس :

INPE et code à barres : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

Médecin traitant : الطبيب المعالج

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins : نوع العلاجات

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Casablanca : بـ

Le : 17.11.2013 : في

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables : أصرح بمصداقية المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Casablanca : بـ

Le : 17.11.2013 : في

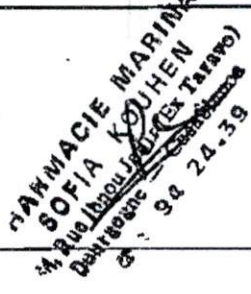
توقيع وطابع المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Directeur Général de l'Etablissement de soins

- * 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

الضمان الاجتماعي - ساحة "داكار" - الدار البيضاء ب.ب. 2186 - الدار البيضاء الحظرة - الهاتف: 060 203 3333
CNS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Cas. Gère Téléphone : 060 203 3333

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé notation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/01/2023	627.80	
INPE et code à Barres 092041458		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

Dr. ZAKARRYA ABDELHAMEL
OPHTHALMOLOGISTE
ASER - EXCHNER - ANGIOIC
Rue Sultan Abdelhamid Rou Zakaria
Bordeogne - Casablanca
Tél. 09. 94 41 00 - 0609 00 99 00

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.
 AMM N° 624/16 DMP/21/ NTO
 Laboratoires Sothema Bouskoura

PPV : 35,70 DH

406836 MA

6 118001 070442

Flacon de 5 ml
 Opacités 1 mg/ml collyre en solution
 Laboratoires Sothema Bouskoura

PPV : 90,70 DHS

407253 MA

6 118001 070442

Flacon de 5 ml
 Opacités 1 mg/ml collyre en solution
 Laboratoires Sothema Bouskoura

PPV : 90,70 DHS

407253 MA

مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكرياء

طب و جراحة العيون بورغون فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية
17 janvier 2023

Mme ABOUDOU Elena

90.70 x 2

OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , pendant 2 mois

35.70 x 2

TOBRADEX: collyre

2 gouttes 4 fois/jour, pendant 15 jours

125.00 x 3

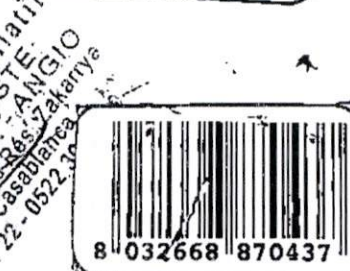
XILOIAL COLLYRE

1 goutte 3 par jour x 3 mois

4627.80

PHARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Ibnou Jafar (Bx Tanaro)
Bourgogne - Casablanca
Tél : 34.24.39

Dr. ZAKARRYA Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE - ANGIO
LASER - EXCIMER
Rue Sultan Abdelhamid des ZAKARRYA
Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 95 01 22 - 05 22 39 83 39



Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زينة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء
Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكرياء

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

17/01 /2023

NOM : ABOUDOU

PRENOM: ELENA

RECU LA SOMME DE 300 DH

TROIS CENTS DHS

POUR COBSULTATION+ F.O

K 10

Dr. ZAKARRYA Abdellatif
LASER - OPHTALMOLOGISTE
Rue Sultan Abdelhamid Rés. Zakarrya
Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 95 01 22 - 0522 39 83 39

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زينة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com