

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



Déclaration de Maladie

M23-011659

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU DA

Date de naissance : 3. 4. 1958

Adresse : Rue ALWAGT n°127 Bourgogne

Tél. : 0667 793720

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) :

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

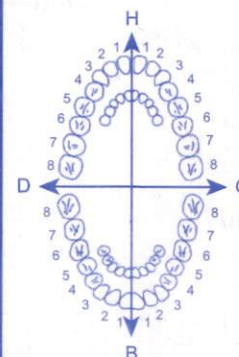
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

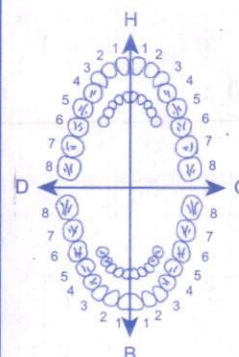
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



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 : 02/03/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 161630549 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 28/02/2023 : إلى
au : 28/02/2023 : إلى

Destinataire
ABOUDOU ELENA

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقب الملف	تاريخ العلاج	العنيت	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ABOUDOU ELENA											
112386312	21/02/2023	PH	PHARMACIES D	1400,00	0,00	1.00	15,00	0,00	0,00	28/02/2023	730,17
112386312	21/02/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	28/02/2023	56,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											786,17
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											786,17

- 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

105 x 3

Vigam Ted (S.V.)

Leptasuer apka Hepas

Louis

Fabrique par MC PHARMA
Manufactured by MC PHARMA

6 111250 430043

Fabrique par MC PHARMA
Manufactured by MC PHARMA

6 111250 430043

Fabrique par MC PHARMA
Manufactured by MC PHARMA

6 111250 430043

Vepran® 300 mg
28 Comprimés
pellicules sécables SOTHEMA

6 118000 022930

Vepran® 300 mg
28 Comprimés
pellicules sécables SOTHEMA

6 118000 022930

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pellicules

6 118000 081333

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pellicules

6 118000 081333

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
07, rue Abou Al Wagi Khalaf
CASABLANCA

PHARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Ibnou Khir (Ex Tarabo)
Bordj Bouja - Casablanca
01 94.24.39

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pellicules

6 118000 081333

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042020

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pellicules

6 118000 081333

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042020

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042020

Vepran® 300 mg
28 Comprimés
pellicules sécables SOTHEMA

6 118000 022930

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pellicules

6 118000 081333

Glucophage® 1000 mg
30 Comprimés pellicules

6 118000 081333

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

الدكتورة طاهيري سعاد
خريجة جامعة مونتوبولي
الطب العام
الفحص بالصدى - مرض السكري
الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le 20/02/2023 : الدار البيضاء، 20

AP Bouelou Tarafato Elena
78.70 x 3 (S.V.)
Diamicron LM 60
Sept semaines 28 x 6 (S.V.)
Sulphate 1000
Sept semaines 150 x 3 (S.V.)
Vephau 3000
Sept semaines 77 x 3 (S.V.)
Augmentin 1000
Sept semaines



PHARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Ibnou Jahir (Ex Taravo)
Bourgogne - Casablanca
☎ : 94.24.39

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
Rue Abou Al Waqt Khalaf
CASABLANCA

112, مجموعة 7 - رفقة 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

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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل 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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعداً 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.

تعويض بعض الخدمات يظل رهيناً 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 و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بملف التامين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإستلام : Date d'arrivée :

BL 4436

52170093 / A618.379

0634096713

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ملاحظات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>الضمان الاجتماعي CNS</p> <p>*112386312*</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Réf. : 610-1-03- مرجع رقم</p>
--	---	--

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom:	ABOUDDOU MANALOTO ELENA	الاسم العائلي والشخصي:
N° Immatriculation:	16163493	رقم التسجيل:
N° CIN:	BK02240E	رقم بطاقة التعريف الوطنية:
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse:	127 Rue Abou al Wajd Les-Sekkat 147. Bourgogne Casablanca	العنوان:
Montant des frais:	1.600.000 Dhs.	مبلغ المصاريف:
Nombre de pièces jointes:	1	عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom:	ABOUDDOU MANALOTO ELENA
Date de naissance:	18 08 1960
N° CIN:	BK02240E
Sexe *:	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant	Etablissement de soins
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 :	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	1 1 1 1 1	رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أشهد بمصداقية كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à: Casablanca	ب: ب	Fait à: Casablanca	ب: ب
Le: 21/10/2023	في: في	Le: 24/09/2023	في: في
Signature de l'assuré (e)	توقيع المؤمن له	Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) sur le dossier médical.

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - 2186 - فدار البيضاء المحطة - 2186 - Casa Gare TGV - 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare TGV - 080 200 7200 / 080 203 3333

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
77, rue Abou al Wajd
CASABLANCA