

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

- Reclamation : 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Ab. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupr

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5323 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOUDOU Rachid

Date de naissance :

3-4-1958

Adresse :

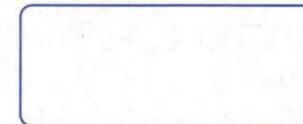
Rue ABOU SWAGT n-127 Bourgogne

Tél. :

Total des frais engagés : 161326 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 10 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 :

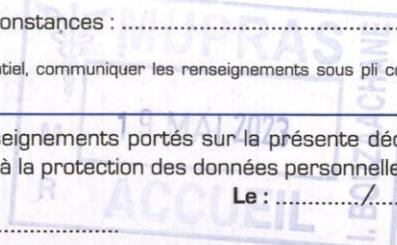
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 3D structure with points labeled 1 through 8. Point 1 is at the top, point 8 is at the bottom center, and points 2, 3, 4, 5, 6, and 7 are arranged in a circular pattern around the bottom. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from point 1. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from point 8. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right from point 8. The structure consists of small circles connected by lines, forming a complex loop.

A diagram of a dental arch, likely a maxilla, showing the upper teeth. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. The numbers are arranged as follows: 8 (top left), 7 (top left), 6 (top left), 5 (top left), 4 (top left), 3 (bottom left), 2 (bottom left), 1 (bottom center), 2 (bottom right), 3 (bottom right), 4 (top right), 5 (top right), 6 (top right), 7 (top right), and 8 (top right). There are also letter labels: 'Y' is on the top left, 'H' is on the top left, 'G' is on the top center, 'H' is on the top right, and 'Y' is on the top right. A vertical line with a downward-pointing arrow is positioned in the center of the arch.

ET GACHET 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
مراجع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA
Le : 02/02/2023

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 161630549 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 05/12/2022 من
au : 05/12/2022 إلى

Destinataire
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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العنابيات | مهنيو الصحة | مبلغ المصارييف | التعريفة المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ ارسال الأداء | مبلغ التعويض |
|--------------------------------|---------------|-----------|--|------------------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Numéro de dossier | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff. | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| ABOUDOU ELENA | | | | | | | | | | | |
| 90980962 | 21/11/2022 | PH | PHARMACIES D OFFICES LABORATOIRES D ANALYSES MEDECINE GENERALE | 1198,00 | 0,00 | 1,00 | 15,00 | 0,00 | 0,00 | 05/12/2022 | 726,39 |
| 90980962 | 21/11/2022 | B | | 158,00 | 143,00 | 130,00 | 1,00 | 143,00 | 70,00 | 05/12/2022 | 100,10 |
| 90980962 | 21/11/2022 | C | | 200,00 | 80,00 | 1,00 | 1,00 | 80,00 | 70,00 | 05/12/2022 | 56,00 |
| Total remboursé | | | | مجموع مبلغ التعويض | | | | | | | 882,49 |
| Total général remboursé | | | | مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | | | 882,49 |

- 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 بالمحبب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement. Soit être accompagnée de toutes

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.

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.

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.

Les risques liés aux accidents du travail et aux 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.

تَعْلِيماتٌ يَجُبُ اتِّبَاعُهَا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض . اكا

يجب ارفاق 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 الشرطي للأدوية المنشورة

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرية 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعريف.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإسقافية من خدمات غير مستحبة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

1st: A 598958 1st: 52267380 BL 4436

0634096713

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Acoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres

| Description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرأة |
|------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant | |
| 21/11/2022 | | Shawat pour Bilan | | Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf Bourgogne Casablanca |  |
| INPE et code à Barres 591163493 | | | | | |
| 23/11/2022 | C | | 900 Dhs | Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf Bourgogne Casablanca |  |
| INPE et code à Barres 591163493 | | | | | |

CIM-10

| البيانات المعاذدة الطبية | | | | | | بيانات المساعدين الطبيين |
|------------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------------|--|--|--------------------------|
| تاریخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | المبلغ الموقر Montant facturé | توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | |
| | | | | | | |
| INPE et code à Barres [Barcode] | | | | | | |
| | | | | | | |
| INPE et code à Barres [Barcode] | | | | | | |
| | | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur TAHIRI Souad

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

الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مونبولي

الطب العام

الشخص بالصدى - مرض السكري
الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le 23/11/2022 الدار البيضاء، 23/11/2022

م/س

Aboudou Manafata Eléna

187⁰ x 3 15

Diamicron 6M 60

1ep le matin 03 nrs

30 4 Glucophage 1000

1ep midi 03 nrs

150 x 3

1ep le soir 3 nrs

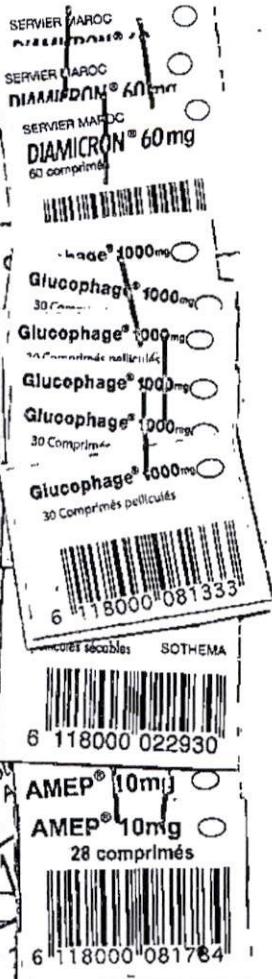
1ep le matin 03 nrs

45,20 x 3 15

1ep le midi 03 nrs

1ep le matin 03 nrs

Docteur TAHIRI
Diabétologie
Casababou
Bourgogne



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

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | عمليات الاحياء، الاشعة و الصور |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM | المبلغ المغفور Montant facturé | توقيع و طابع طبيب الاشعة او الاحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | |
| 22/1/22 | B180 | | 158,00 | <p style="text-align: right;">CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA</p> <p>Dr. Hicham Driz / Biologiste</p> <p>3941 Bd. Zeirkouni - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 27 48 95 - Fax: 05 22 27 40 12</p> | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| 1-1-10-2 B001006 | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | | | | | |

| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | | جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة |
|---|--------------|---|---|
| Date d'exécution | Prix facturé | توقيع و طابع الصيدلي او ممن التجهيزات الطبية | |
| 22/1/22 / KOUHEN (Ex Taravo) | 158,00 | Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | <p style="text-align: right;">HARMIACIE MARINA</p> <p>SOFIA KOUHEN</p> <p>4, Rue Ibnou Dahir (Ex Taravo)</p> <p>Bou Regreg 10000 Casablanca</p> <p>94-24-39</p> |
| INPE et code à Barres | | | |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | | | |

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

Docteur TAHIRI Souad

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

الدكتورة طاهيري سعاد

للفحص بالصدى - مرض السكري
العمية الطبية - طب العمل
لطلب العام
خريجة جامعة مونتريال

Casablanca, le : ١٢/١١/٢٠٢٣

me
ABaudou Janefab Eline

Współczesne ojczyzny

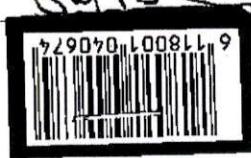
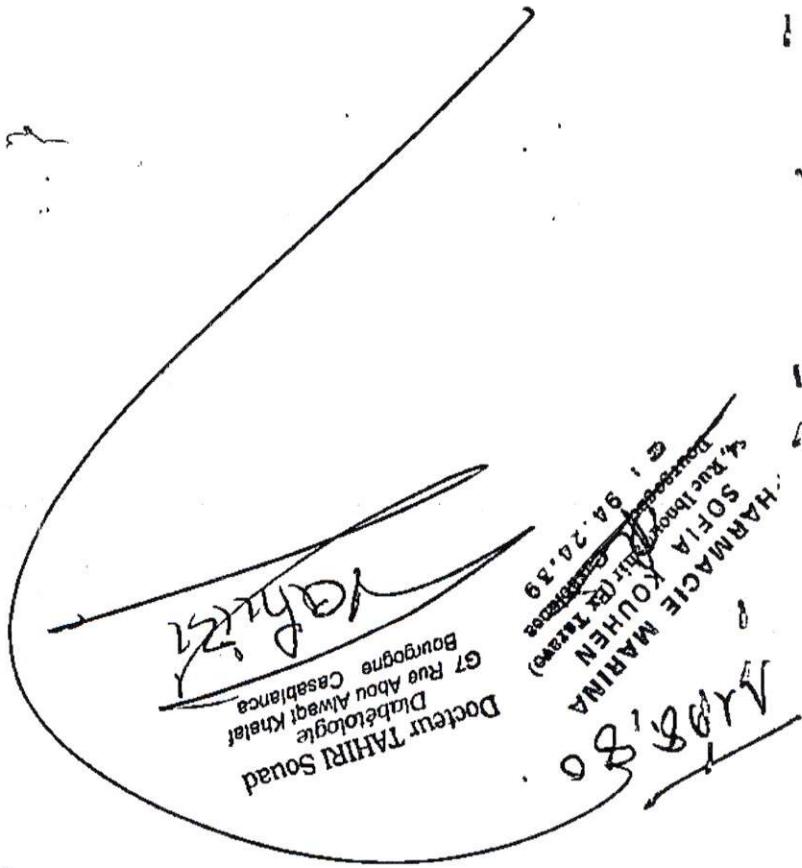


Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
G7, rue Abou Al Waaq Khalif
CASABLANCA

decided
e Abou Al Waa
CASABLANCA
Sorjicat

Centre de Biologie de Casablanca
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13

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



YAHIRI, 80

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

FACTURE N° : 221100658

Casablanca le 22-11-2022

Mme ABOUDOU Elena

Date de l'examen : 22-11-2022

| Récapitulatif des analyses | | |
|-----------------------------------|--|------------|
| CN | Analyse | Cié |
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E15 |
| 0118 | Glycémie | B30 |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 |

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 158.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante-huit dirhams.

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
394, Bd. Zerkouni Biofondis Biofondis Casablanca
Tel: 05 22 27 48 96 Fax: 05 22 27 49 13

