

# 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 caractère personnel.

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



## Déclaration de Maladie

M23-011657

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABOUDOU Achmed  
Date de naissance : 3-4-1958  
Adresse : Rue ABOU ALWAST n°127 Bourgogne  
CASABLANCA  
Tél. : Total des frais engagés : 161326 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

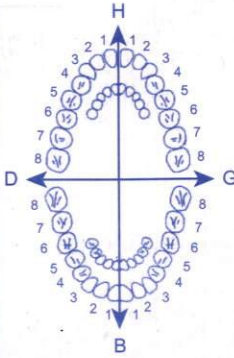
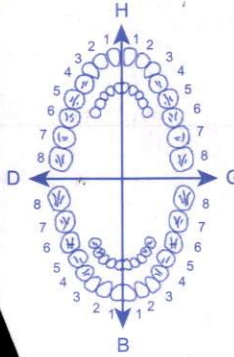
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

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  
Le : 02/02/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 161630549

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 05/12/2022 : من  
au : 05/12/2022 : 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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الإداء	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											
90980962	21/11/2022	PH	PHARMACIES D	1198,00	0,00	1,00	15,00	0,00	0,00	05/12/2022	726,39
90980962	21/11/2022	B	OFFICINES LABORATOIRES D	158,00	143,00	130,00	1,00	143,00	70,00	05/12/2022	100,10
90980962	21/11/2022	C	ANALYSES MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	05/12/2022	56,00
Total remboursé											882,49
Total général remboursé											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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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



تعلیمات یجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 الشرطي للأدوية  
المستحقة.

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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.  
لأنه 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 وكل ما سبق ذكره.

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

<p>توقيع وطابع الوكالة  <b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  <b>Réservé à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : _____          تاريخ الإيداع : 1/1/11          Date de dépôt du dossier : 1/1/11</p>	<p>تاريخ الإستلام : 1/1/11          Date d'arrivée : 1/1/11</p>

Wt: A598958 | Id: 52267380 | BL 4436

0634096713

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Longue Durée</p> <p>ن° : 090980962*</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>Nom et prénom : <b>ABOUDOU MANALATO ELENA</b></p>		<p>الاسم والعائلي والشخصي : <b>ABOUDOU MANALATO ELENA</b></p>
<p>N° Immatriculation : <b>116116130549</b></p>		<p>رقم التسجيل : <b>116116130549</b></p>
<p>N° CIN : <b>B1K02240E</b></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>B1K02240E</b></p>
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		
<p>Adresse : <b>127 Rue Abou Al Wagt Res. Sakhat 1stg. Bourgogne Casablanca</b></p>		
<p>Montant des frais : <b>1556,80 Dhs.</b></p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <b>1</b></p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		<p>المستفيد من العلاجات</p>
<p>Nom et prénom : <b>ABOUDOU MANALATO ELENA</b></p>		<p>الاسم والعائلي والشخصي : <b>ABOUDOU MANALATO ELENA</b></p>
<p>Date de naissance : <b>18 08 1960</b></p>		<p>تاريخ الإزدياد : <b>18 08 1960</b></p>
<p>N° CIN : <b>B1K02240E</b></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>B1K02240E</b></p>
<p>Sexe : <b>M</b> <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الجنس : <b>M</b> <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant : <b>090980962</b></p>		<p>Etablissement de soins : <b>المؤسسة العلاجية</b></p>
<p>Type de soins</p>		
<p>Admission ALD : <b>Oui</b> <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		<p>قبول المرض المزمن : <b>Oui</b> <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>N° dossier ALD : <b>116116130549</b></p>		<p>رقم ملف المرض المزمن : <b>116116130549</b></p>
<p>Code ALD : <b>Maladie</b> <input type="checkbox"/> مرض <input checked="" type="checkbox"/></p>		<p>رمز المرض المزمن : <b>Maladie</b> <input type="checkbox"/> مرض <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>
<p>Fait à : <b>Casablanca</b></p>		<p>Fait à : <b>Casablanca</b></p>
<p>Le : <b>23 11 2012</b></p>		<p>Le : <b>23 11 2012</b></p>
<p>Signature de l'assuré(e) : <b>Manalato Elena</b></p>		<p>Signature du médecin traitant : <b>Dr. Souad</b></p>
<p>Cachet et Signature du Médecin traitant</p>		<p>Cachet et Signature du Médecin traitant</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 de soins.

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف 2186 - الدار البيضاء المنطقة - الدار البيضاء من ب. ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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



Description des actes effectués				وصف العمليات المعجزة	
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.	
21/11/2022			Shawit pour Bilan	Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7, Rue Abou Alwaqf Khalf Bourgogne Casablanca	
INPE et code à Barres 091163493					
23/11/2022			Ce 2000	Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7, Rue Abou Alwaqf Khalf Bourgogne Casablanca	
INPE et code à Barres 091163493					

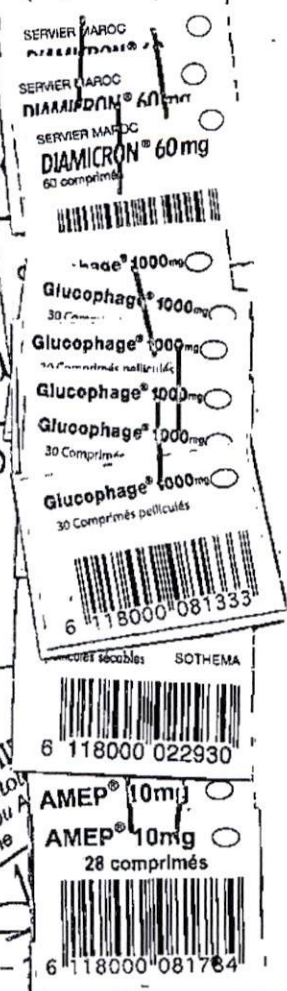
Actes Paramédicaux							عمليات المساعدين الطبيين									
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes			معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP		عدد العمليات Nbre d'actes		المبلغ المفوتر Montant facturé		توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical					
INPE et code 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

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

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

Mr  
Abouelou Mahabab Eléna  
18,70 x 3  
Diamicron 60  
Septuor 20  
Glucophage 1000  
Septuor 20  
15,20 x 3  
Septuor 20  
Septuor 20



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



Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NAEM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
22/11/22	B130		158,00	<p>CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA</p> <p>Dr. Hicham OUKHAYMA</p> <p>Biologiste</p> <p>3941, Bd. Zerkouni - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 48 13</p>	
INPE et code à Barres 1 1 1 0 2 8 0 0 2 0 0 6					
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 الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
22/11/22	380	<p>HARMACIE MARINA</p> <p>SOFIA KOUHEN</p> <p>4, Rue Ibnou Jald (Ex Taravo)</p> <p>Debourg - Casablanca</p> <p>94.24.39</p>	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
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

خريجة جامعة مونتبيلي

الطب العام

الفحص بالصدى - مرض السكري

الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le : 21/11/2022 الدار البيضاء، في

Mme  
ABoudou Janafato Elene

ب/عزيمه ايجل

HAIE

Docteur TAHIRI Souad  
Médecine Générale  
G7, rue Abou Al Waqt Khalaf  
CASABLANCA

*Tahiri*

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

Docteur TAHIRI Souad  
Diabétologue  
67 Rue Abou Alwaght Khelaf  
Bourgogne Casablanca

081807V

A standard 1D barcode with the number 9 781180 010406 printed above it. The barcode is oriented vertically on the right side of the page.

Mr. G. W.



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – 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	Clé
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  
Bioréactif  
394, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13

