

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



Déclaration de Maladie
M23-010017

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2926 Société : NAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAGHMI AMINA
Date de naissance : 2/09/57
Adresse : Dan Oulei Casablanca, apt 3, 2nd Et, 2nd Et, 2nd Et, 2nd Et
Tél. : Total des frais engagés : 924,30 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 : Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 23 / 05 / 23

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

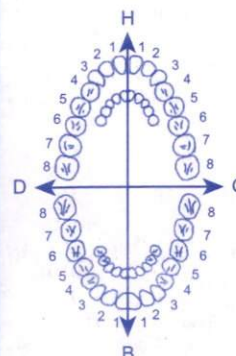
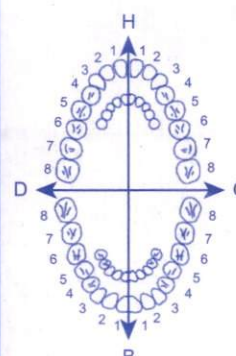
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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 style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			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 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 : 23/05/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 160473718

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

BENCHERQI MOHAMMED

du : 23/05/2023 : من
au : 23/05/2023 : إلى

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 استفيدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	المعطيات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número 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
BENCHERQI MOHAMMED											
98534459	12/05/2023	CNP	NEUROLOGIE	500,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70,00	23/05/2023	133,00
98534459	12/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	424,80	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	23/05/2023	297,36
Total remboursé											430,36
Total général remboursé											430,36

- 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

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسلّة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 التعريفات الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع
nature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02 Réf.

نموذج ANAM : 1.2.01.02

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **BENCHERQT Mohamed**

رقم التسجيل : **111111111111111111**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **111111111111111111**

N° CIN : **111111111111111111**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **924,5**

Montant des frais : **924,5** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **02**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **BENCHERQT Mohamed**

Date de naissance : **111111111111111111**

N° CIN : **111111111111111111**

Sexe : **M** ذكر ☒ أنثى ☐

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

INPE et code à Barres**

INPE : **021111111111111111**

الرقم الوطني الاستدلالي : **111111111111111111**

مédecin traitant : **021111111111111111**

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☐ مرض ☐ Accident ☐ حادث ☐ Amومة ☐ Maternité ☐ إستشفاء ☐ Hospitalisation

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **021111111111111111**

Le : **111111111111111111**

توقيع وطابع
Signature de l'assuré(e)

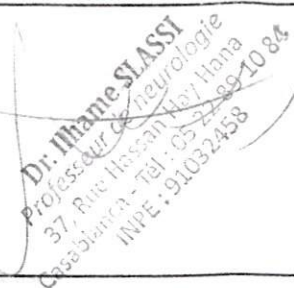
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

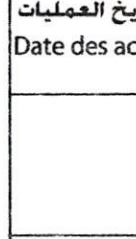
Fait à : **021111111111111111**

Le : **111111111111111111**

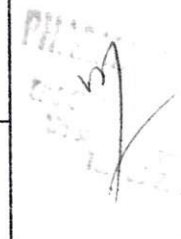
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Date des actes	Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du médecin traitant
12/05/23	CS		500DH	 <p>Dr. Ilhame SLASSI Professeur de Neurologie 37 - Rue Hassan Vay Hana Casablanca - Tél : 05 22 22 89 10 84 INPE : 91032458</p>
INPE et code à Barres 1010101321458				
INPE et code à Barres 1111111111111				

CIM - 10

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 1111111111111					
INPE et code à Barres 1111111111111					

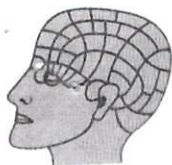
Cotation NGAP / NABM				facturé	ou B
INPE et code à Barres 1111111111111					
INPE et code à Barres 1111111111111					

تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	أوممون التجهيزات Signature et Cache Fournisseurs des
12/05/23	424,80	
INPE et code à Barres 1111111111111		
INPE et code à Barres 1111111111111		

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

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

و أمراض الجهاز العصبي

12/05/2023

Casablanca, le

MR BENCHERQI MOHAMED

126,80

• No-dep 50 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 2 mois

98,-

• Madopar 250 mg - comprimé quadrisécable

1/4 Comprimé, matin, pendant 3 jours Puis 1/4 Comprimé, matin, Après-midi,
pendant 3 jours Puis 1/4 Comprimé, matin, midi, soir, à distance des repas, pendant
6 semaines

424,80

PHARMACIE EL HAB CASABLANCA

CHECHAB
CIN SEBASTIEN
TEL: 05 22 99 10 84

Dr. Ilhame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tél: 05 22 99 10 84
INPE: 91032458

Révisé

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84

INPE 091032458 ICE 002906584000082

Distribué par Roche S.A. ○
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/150-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH
6 118001 050697

NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables ○
6 118000 050889

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

و أمراض الجهاز العصبي

12/05/2023

Casablanca, le

MR BENCHERQI MOHAMED

• Faire: Psychothérapie de soutien,

Sd Park, insonien, facteurs de risque vasc et relation patho au travail avec STRESS.
Relation patho avec ses enfants: inversion des rôles. Nécessité un changement
d'optique de rapport au travail de priorisation de sa sante, d'adopter une meilleure
hygiène de vie et de se prendre en main sans être pris en faute par ses enfants.. 10
séances

Dr. Ilhame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84
INPE : 91032458

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84
INPE 091032458 ICE 002906584000082