

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'I- Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M23-014368

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Karim El Alami Asmaa

Date de naissance : 12/10/1982

Adresse :

Tél. : 0662755072 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

Nature de la maladie : Conjoint Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

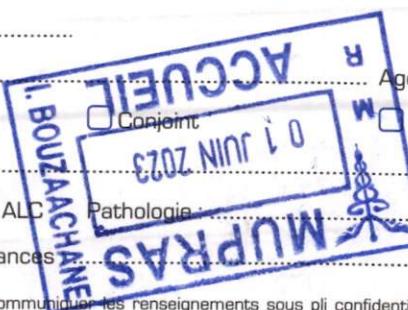
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 30/05/2023

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

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	

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.

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 : 26/05/2023

صفحة 1 / 1

N° d'immatriculation	133927362	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du :	26/05/2023	: من
au :	26/05/2023	: إلى

Destinataire
EL YOUSFI TAHA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أنسان التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال 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
EL YOUSFI ISMAIL											
94085535	18/03/2023	AMK	PEDIATRIE	3500,00	50,00	1.00	10,00	500,00	70,00	26/05/2023	350,00
Total remboursé											
350,00											
EL YOUSFI SAMY											
94085534	18/03/2023	AMK	PEDIATRIE	3500,00	50,00	1.00	10,00	500,00	70,00	26/05/2023	350,00
Total remboursé											
350,00											
Total général remboursé											
700,00											

- 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 الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الصisan على الأرقام



Calendrier des séances

Nom et Prénom du patient : El Yousfi Ismail

Date	Nombre du séance
21/03/2023	S1
24/03/2023	S2
28/03/2023	S3
31/03/2023	S4
04/04/2023	S5
07/04/2023	S6
11/04/2023	S7
14/04/2023	S8
18/04/2023	S9
21/04/2023	S10

Cachet et signature



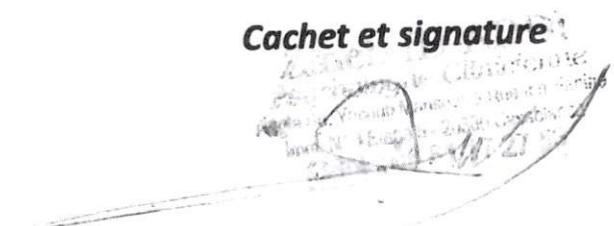
Facture

Nom et Prénom du patient : El Yousfi Ismail

Facture N°	10-23
DATE	21/04/2023
DIAGNOSTIC	Difficulté de concentration
PRIX UNITAIRE	350 DHS
TOTAL	3500 DHS

Arrêtée la présente **Facture** à la somme de : Trois Mille Cinq Cent Dirhams

Cachet et signature



Dr. Mohamed LARAKI

Ancien Interne du CHU

Ancien Enseignant au CHU de Casablanca

PEDIATRE

Maladies des Enfants et Nourrissons

818, Boulevard El Qods à 300m du Boulevard Taddert
Casablanca - Tél.: 05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28



الدكتور محمد العراقي

طبيب داخلي سابقاً ومدرس سابقاً
بالمراكز الصحي الجامعي

**إختصاصي في طب الأطفال
والرضع**

شارع القدس على بعد 300 متر من شارع تدارن
الدار البيضاء - هاتف : 05 22 20 08 28 / 05 22 27 47 91

بالموعد

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 18.3.93

El Youssi Iman

Dificulté de concentration à l'école

10 séances de psychostimulation

Dr. Mohamed LARAKI
PEDIATRE
818 30.0... 05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28
Tél.: 05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28

Le Docteur assure les urgences à la clinique : ATFALE

وصف العمليات المجرأة

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
18/3/23	C	Dr. Mohamed LARAKI 18/03/2023	600,-	Dr. Mohamed LARAKI 18/03/2023
INPE et code à Barres 109110911983				
INPE et code à Barres 109110911983				

CIM - 10

عمليات المساعدين الطبيين

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
9/1/23 (Facture)	P54-P54	10 Scanners hoténoptics	360,- 0hs	Zineb ID-ADDI Psychologue clinicienne Angle Rd. Yacoub Massar & Rue Ibn Tinnis Inv. N° 3 Elagez 5 - 20380 Casablanca GSM : 06 61 17 27 53	
INPE et code à Barres 109110911983					
INPE et code à Barres 109110911983					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

 التضامن الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02	<small>RF. ANAM : 1.2.01.01</small>
موافقة مسبقة * Entente préalable	تنفيذ * Exécution		

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom : El Younssi Tuba

رقم التسجيل :

133927362

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° Immatriculation : 133927362

FATADOU

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوجEnfant ابن

العنوان :

Adresse :

Montant des frais :

درهم Dhs.

مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :

El Younssi ISmail

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe :

الجنس :

INPE et code à Barres**

1091091083

.....

Médecin traitant

Etablissement de soins

الطبيب المعالج

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.				أصر بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : Casablanca	Le : 15/05/2013	بـ :	في :	Fait à : Dakar	Le : 18/03/2013	بـ :	في :
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)				توقيع وظابط الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

Dr. Mohamed DARAKI

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف . 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

