

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



Complément  
Déclaration de Maladie  
M22- 0027656

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161 Société : Royal Air Maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Karim EL Alaoui Asmaa  
 Date de naissance : 12/10/1982  
 Adresse : 163591  
 Tél. : 0662765972 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : ...../...../..... Age : .....  
 Nom et prénom du malade : .....  
 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 l'absence de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 30/05/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 :

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"/>												
								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"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412				21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Cabinet Zineb IDADDI  
Psychologue Clinicienne – Psychothérapeute

## Calendrier des séances

**Nom et Prénom du patient : El Yousfi Samy**

Date	Nombre du séance
20/03/2023	S1
23/03/2023	S2
27/03/2023	S3
30/03/2023	S4
03/04/2023	S5
06/04/2023	S6
10/04/2023	S7
13/04/2023	S8
17/04/2023	S9
20/04/2023	S10

Cachet et signature

Zineb IDADDI  
Psychologue Clinicienne  
Angle Bd. Yacoub Mansour & Bd. El Hachem  
Imm. N° 9 Etage 5 - 20380 Casablanca  
GSM : 06 61 17 27 53



Cabinet Zineb IDADDI  
Psychologue Clinicienne

Facture

**Nom et Prénom du patient : El Yousfi samy**

<b>Facture N°</b>	11-23
<b>DATE</b>	20/04/2023
<b>DIAGNOSTIC</b>	Difficulté de concentration
<b>PRIX UNITAIRE</b>	350 DHS
<b>TOTAL</b>	3500 DHS

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

**Cachet et signature**

**Zineb ID-ADDI**  
Psychologue Clinicienne  
Angle Rd. Yacoub Mansour & Rue Ibn Hanine  
Imm. N° 3 Etage 5 - 20380 Casablanca  
GSM : 06 61 17 27 53

**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

Sur Rendez-vous



**الدكتور محمد العراقي**

طبيب داخلي سابقا ومدرس سابقا

بالمركز الصحي الجامعي

**إختصاصي في طب الأطفال  
والرضع**

818 شارع القدس على بعد 300 متر من شارع تدارت

الدار البيضاء - هاتف : 05 22 20 08 28 / 05 22 27 47 91

بالموعد

Casablanca, le 18.3.23 في الدار البيضاء

El Yousfi Samy

Difficulté de Coeurantibi - à l'écrite.

10 séances de Psychothérapie

Dr. Mohamed LARAKI

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

**Zineb ID-ADDI**  
Psychologue Clinicienne  
Avenue Ed. Youssef Mansour & Rue Ibn Jannat  
Imm. N° 3 Etage 5 - 20380 Casablanca  
GSM : 06 61 17 27 53

**Le Docteur assure les urgences à la clinique : ATFAL**



 <p>الضمان الاجتماعي الجمهورية الجزائرية CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	RÉF. ANAM : 1.2.0°
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02	

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : <b>Elyoufi Taha</b>	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <b>133927362</b>	رقم التسجيل :
N° CIN : <b>F1A102079</b>	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 :	العنوان :
Montant des frais :	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : <b>El Yousofi Samy</b>	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	تاريخ الأزيداد :
N° CIN :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :

INPE et code à Barres\*\*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*

Médecin traitant : <b>199110111983</b> الطبيب المعالج	Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية
--	--

Type de soins\*

نوع العلاجات\*

Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء	Maternité <input type="checkbox"/> أمومة	Accident <input type="checkbox"/> حادثة	Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض
--	--	---	---

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casablanca** : ب  
 Le : **15/05/2013** : في

Fait à : **Casa** : ب  
 Le : **15/05/2013** : في

توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré(e)

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

\* أشطب الخانة المناسبة

\*\* 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 à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكور - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

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

ADDI  
 Casablanca  
 06 61 17 27 53

	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06	
	<b>Relevé périodique des prestations AMO</b>			الصفحة 1 / 1
Emis à : CASABLANCA Le : 26/05/2023		أصدر ب : بتاريخ :		Page 1 / 1
N° d'immatriculation 133927362 Règlements de la période du : 26/05/2023 au : 26/05/2023		المرسل إليه Destinataire EL YOUSFI TAHA		

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 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
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>							<b>350,00</b>
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
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>							<b>350,00</b>
<b>Total général remboursé</b>				<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>							<b>700,00</b>

- 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