

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'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 : / /
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

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

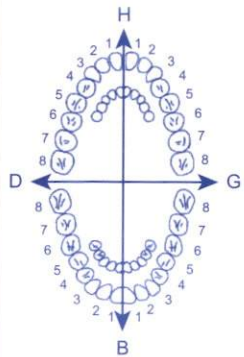
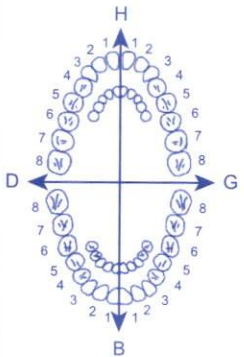
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>													
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES <div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				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"/>
			H	25533412	21433552													
D			00000000	00000000														
G			00000000	00000000														
B			35533411	11433553														

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. 11 Novembre
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

Facture N°	11-23
DATE	20/04/2023
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

Zineb ID-ADDI
Psychologue Clinicienne
Angle Rd. Yacoub Mansour & Rue Ibn Hanine
Imm. N° 3 Etage 5 - 20380 Casablanca
GSM : 06 81 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'écrit.


10 séances de Psychothérapie

Dr. Mohamed LARAKI


05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28

Zineb ID-ADDI
Psychologue Clinicienne
Rue Ibn Mounir - Casablanca
Tél : 06 61 17 27 53

Le Docteur assure les urgences à la clinique : ATFAL

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 وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
18/2/23		C	G	 <p>Dr. Mohamed KARAKI PEDIATRE 018 804 50 50 - 018 22 27 40 00 Tél: 05 22 27 40 00 - 05 22 27 40 23</p>	
INPE et code à Barres 09.1.09.1.9.8.3					
INPE et code à Barres _____					

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	
20-04-23 (Facture)	PSY-105 psychotemp			3500,00 dhs		
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

<p>الضمان الاجتماعي الجمهورية المغربية CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Obligatoire</p>	<p>REF. ANAM : 1.2.8</p>
	<p>موافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable</p>	<p>تنفيذ</p> <p>Exécution</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

<p>الإسم العائلي والشخصي :</p> <p>Nom et prénom : El Yousfi Taha</p>	
<p>رقم التسجيل :</p> <p>N° Immatriculation : 133927362</p>	
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>N° CIN : F-A102079</p>	
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p>	
<p>Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/></p>	
<p>العنوان :</p> <p>Adresse :</p>	
<p>مبلغ المصاريف :</p> <p>Montant des frais : Dhs. درهم</p>	
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p> <p>Nombre de pièces jointes :</p>	

<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p>	
<p>الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>Bénéficiaire de soins : El Yousfi Samy</p>	
<p>تاريخ الميلاد :</p> <p>Date de naissance : 11/11/1983</p>	
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>N° CIN : 111111111</p>	
<p>الجنس :</p> <p>Sexe : M ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> F</p>	
<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشرقي**</p> <p>INPE et code à Barres**</p>	

<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>
---	---

<p>نوع العلاجات</p> <p>Type de soins</p>	
<p>مرض <input checked="" type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Hospitalisation</p>	

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus</p>	<p>أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>
<p>فعل في : Casablanca</p> <p>Fait à : 15/05/2013</p> <p>في : 15/05/2013</p> <p>Le : 15/05/2013</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>فعل في : Casablanca</p> <p>Fait à : 15/05/2013</p> <p>في : 15/05/2013</p> <p>Le : 15/05/2013</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</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 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
Zineb ID
J. Yacoubi Manour & Co
N° 17450 5-2000 Casablanca
GSM : 06 61 17 27 53



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 : أصدر ب :
Le : 26/05/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

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

المُرسل 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.

مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الاداء	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	التعريف المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنيو الصحة	العمليات	تاريخ العلاج	رقم الملف
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de rembours -ement %	Base de rembour -sement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Numéro de dossier
EL YOUSFI ISMAIL											
350,00	26/05/2023	70,00	500,00	10,00	1,00	50,00	3500,00	PEDIATRIE	AMK	18/03/2023	94085535
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											350,00
EL YOUSFI SAMY											
350,00	26/05/2023	70,00	500,00	10,00	1,00	50,00	3500,00	PEDIATRIE	AMK	18/03/2023	94085534
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											350,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											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 الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام