

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013095

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09221 Société : RAM 165685

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/03/1956

Adresse : RES RAM RTE EL JADIDA N° 233 CASABLANCA

Tél. : 0661 202314 Total des frais engagés : Voir Dossier CNSS AMO

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GARNOUSSI NEZHA Age : 48 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Voir dossier CNSS AMO

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 : 19/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

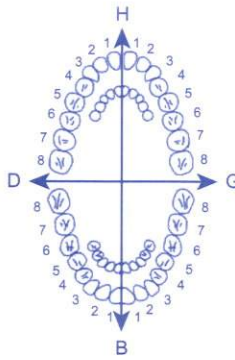
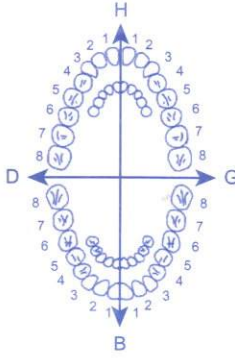
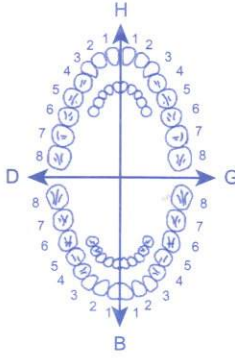
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

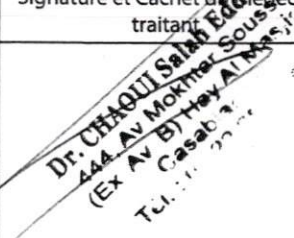
Important :

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"/>	
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

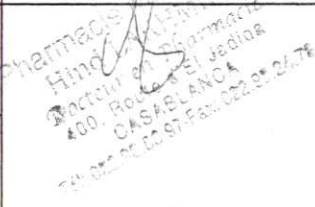
Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant	
21/05/2023		9	15018		
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0					
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0						
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0					
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
21/05/2023	292,20			
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				

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

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	Date d'arrivée : تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :	

 <p>الضمان الاجتماعي 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 Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : GARNOUSSI NEZHA الإسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : 11613131616 رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN : 1172910111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*</p>		
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : REG LAMITE EL JADIDA BO 233 CASABLANCA العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : 372,20 Dhs. مبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins : GARNOUSSI NEZHA المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : GARNOUSSI NEZHA الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : 11/11/1981 تاريخ الميلاد :</p>		
<p>N° CIN : 1172910111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس* :</p>		
<p>INPE et code à Barres** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**</p>		
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins* نوع العلاجات*</p>		
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه</p>		
<p>Fait à : CASABLANCA ب : CASABLANCA</p>		
<p>Le : 11/11/2023 في : 11/11/2023</p>		
<p>توقيع المؤمن له توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>		
<p>Signature de l'assuré(e) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		
<p>Dr. CHAOUI Salah Eddine</p>		

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

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

Docteur CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حائز على شهادة الفحص بالصدى

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 27/05/2023 في الدار البيضاء،

149.5

Quinolox

(S.V)

1.2

Quinolox 200mg boîte de 20 comprimés



6 118000 090694

20140 x 2 19 x 21

A

Fongican

24

Fongican 150mg. Boîte de 1 gélule



6 118000 310464

19/1 x 24

Schicot

32140

(S.V)

DIFAL 100

149/4

Fongican 150mg. Boîte de 1 gélule



6 118000 310464

DIFAL

Diclofenac sodique 100 mg

Boîte de 10 Suppositoires

P.P.V. : 32,40 DH




6 118000 190363

Dr. CHAOUI Salah Eddin
444, Av Mokhtar Soussi
(Ex Av B) Hay Al Masjed
Casablanca

Tel : 0522 28 16 56

R 222.20

447، شارع المختار السوسي (مسجد السنة) فوق صيدلية المسجد - الدار البيضاء
447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid
الهاتف: 0522 28 16 56 - Casablanca

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم	
	Relevé périodique des prestations AMO			
Emis à : CASABLANCA : أصدر ب : Le : 05/06/2023 : بتاريخ :		Page 1 / 1 الصفحة		
N° d'immatriculation 166313166 رقم التسجيل Règlements de la période : من : 02/06/2023 : إلى : 02/06/2023 : أداءات الفترة		Destinataire المرسل إليه GARNOUSSI NEZHA		

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 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 rembour-sement	Taux de rembour-sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GARNOUSSI NEZHA											
130525837	20/05/2023	PH	PHARMACIES D	222,20	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	02/06/2023	155,54
130525837	20/05/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	02/06/2023	56,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											211,54
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											211,54

- 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 الو الضمان على الأرقام