

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

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



☐ Malade ☐ Dentaire

Déclaration de Maladie

M23-010334

COMPLÉMENTAIRE

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM 165843

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKAD MIR MOSTAPHA

Date de naissance : 03-06-1954

Adresse : 19 RUE BAALABAK ETG 2 N°6

BENJIDIA - CASA 20120

Tél. : 06.33.30.33.63 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENTAIRE
CONJOINT

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : OUDADES FOUZIA 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 : CASA Le : 16 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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

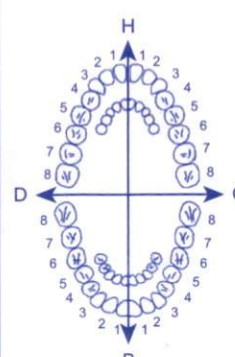
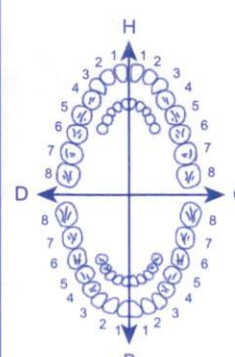
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 : أصدر ب
Le : 05/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 160184117 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 02/06/2023 : إلى
au : 02/06/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
OUDADES FOUZIA

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
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنيت	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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
OUDADES FOUZIA											
89223777	18/04/2023	C	MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	02/06/2023	56,00
89223777	18/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	2897,10	0,00	1,00	17,00	0,00	0,00	02/06/2023	1456,28
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1512,28
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1512,28

- 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

000160184144

<p>الضمان الاجتماعي CNS</p>	<p>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Relevé périodique des prestations AMO</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم : 610-2-06</p>
	<p>Emis à : CASABLANCA : أصدر ب : Le : 05/06/2023 : بتاريخ :</p>	<p>Page 1 / 1 الصفحة</p>	
<p>N° d'immatriculation 160184117 رقم التسجيل Règlement de la période : du : 02/06/2023 من : au : 02/06/2023 إلى :</p>	<p>Destinataire : OUDADES FOUZIA المستفيد</p>		

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	التعليق	مهنو لصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعدل	الكمية	أسعار التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال (ال) /	مبلغ التعويض
N° du dossier	Date de soins	Notes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Taux de remboursement	Taux de remboursement -mont %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUDADES FOUZIA											
89223777	18/04/2023	C	MEDICINE GENERALE	205.00	80.00	1.00	1.00	80.00	70.00	02/06/2023	56.00
89223777	18/04/2023	PH	PHARMACIES D'OFFICINES	2897.10	0.00	1.00	17.00	0.00	0.00	02/06/2023	1456.28
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1512.28
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1512.28

- 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 service vocal au numéro
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cns.ma
 www.cns.ma/Portail/
 Ma CNS
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

المزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو بوابة المؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالخدمة الصوتية على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لا يمكن هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		الإجمالي Direction
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf.: 6
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : OUADES Fouzi A			
N° Immatriculation : 1116111111111111			
N° CIN : 1116111111111111			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Non-même <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>			
Adresse : Rue Baïlabak Im 19 Appt 6 Etage 2 Benjalia			
Montant des frais : 3897,10 Dhs.			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : Oudades Fouzi A			
Date de naissance : 1111 1111 11111111			
N° CIN : 1116111111111111			
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à barres **			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins			
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non			
N° dossier ALD :			
Code ALD :			
Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à :		Fait à :	
Le : 1111 1111 11111111		Le : 1111 1111 11111111	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'	

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	
تاريخ الإيداع : 1111 1111 11111111	

Code des actes				Lettre de Cotation NGAP				Montant facture				traitant			
				C				2000				<p>Dr. Abdelkettan IDRISSI KAITOUNI</p> <p>Expert Assemblage près la Cour Suprême ECG</p> <p>Ville de Conakry</p> <p>3,0mm. PO: 35, GH298, BP El Firdaous El Outta</p> <p>Casablanca - Tél: 05 22 93 22 13</p>			
S 410															
S - 1															

ux				عمليات المساعدين الطبيين	
رمز العمل de des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	

Date des actes	Code des actes						Cotation NGAP/NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									

DÉPAKINE®

DÉPAKINE®

DÉPAKINE®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30

DÉPAKINE®

DÉPAKINE®
Sanofi-aventis Maroc

DÉPAKINE®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V. : 113,30 DH



6 118001 160495

6 118001 160495



6 118001 160495

6 118001 160495

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111



6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

Voie orale
60 gélules



6 111269 050157

Dr. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السياقة

الدار البيضاء، في

Casablanca, le 18/04/23

- Janumet 1000/50 Fouziy

36,70x9
- Anxivil 6mg

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

113,30

- Curcu flex

- stilnox

- 1 f Soir

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

- 03 min

Dr. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux E.C.G

Visite Permis de Conduire

3, Imm. PO : 35, GH25B, OP El Firdaous El Oulfa

Casablanca - Tél : 05 22 93 22 13

T = 2670,53 - الألفة - البيضاء - مشروع الفردوس - GH25B PO : 35 عمارة 3

3, Imm PO : 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulfa - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : ikaitouni@hotmail.com