

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 1494 Société : RAM (1658h3)

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BEN KADMIR MOSTAPHA

Date de naissance : 03-06-1954

Adresse : 19, RUE BAALABAÏ ETG 2 N° 6
BENJADIA - CASA 20100

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 FOUIZIA 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) : *Hajia Aya*

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي CNSS	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 مراجع رقم : 0522 54 86 07
	Emis à : Le : 05/06/2023	CASABLANCA أصدر ب : بتاريخ : 05/06/2023	Page 1 /1
		المرسل إليه	
N° d'immatriculation	160184117	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire
Règlements de la période du : 02/06/2023 au : 02/06/2023		OUDADES FOUZIA	
من	إلى		

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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
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					
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

< RELEVE_20420... > :

000160184144

	بيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire RÉ : 610-2-06 معجم رقم : 1/1
	Emis à : CASABLANCA Le : 05/06/2023	أصدر ب : بتاريخ :
	N° d'immatriculation : 160184117 Règlements de la période : du : 02/06/2023 : من : 02/06/2023 : إلى	المرسل إليه OUDADES FOUZIA
	Destinataire	

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 المكمل	تاريخ العلاج	المصلحة	مهمة الصحة	مبلغ المصروف	التاريخية	المعدل	الكتبة	المنفذ	نسبة التعويض	تاريخ إرسال	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUDADES FOUZIA											
89223777	18/04/2023	C	MEDICINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	02/06/2023	96,00
89223777	18/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	2897,10	0,00	1,00	17,00	0,00	9,00	02/06/2023	1450,28
Total remboursé											
1512,28											
Total général remboursé											
1512,28											

- Sauf erreur ou omission

ما دعا خطأ أو سوء

Pour plus d'informations : merci de visiter notre site Web ou le portail des usagers ou l'application mobile ou appeler notre service vocal au numéro ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros	المرصد من المعلومات و هي بذرة معرفة إلكترونية في قوتها ترقية المدون لهم أو تحويل الملفات أو إتاحة بالجهات التي على فرض أو الاتصال برها على إتصال أو اتصال في إطار
www.cnss.mr www.cnss.mr/Portail/ e-Ma CNSS.e 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200	0522 54 86 73 - 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73 Maison de l'Assurance - Place du DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07

Indice de révision : 02/24/2018

fax : 0522 54 86 73

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.

Instructions à suivre

Présenter 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.

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

Réserve à la DAMO

Signature de l'assuré (e) : _____



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

* موافقة مسبقة *

Entente préalable *

* تنفيذ *

Exécution *

الإجاري
Direction

Réf. : 6

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : OUDADES Fouzia

N° Immatriculation : 131313131313131313

N° CIN :

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

Conjoint زوج même

Enfant ابن *

Adresse : Rue Bachabak Im 19 App 6 Etage 2 Benjellia

Montant des frais :

3897.10 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : OUDADES Fouzia

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe * :

OUDADES Fouzia

131313131313131313

M

F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

INPE : 091078410

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD * :

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD :

Maladie* مرض*

131313131313131313

131313131313131313

Hospitalisation*

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

Shed Bissma Kl Ma Nekr Aulae

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : 18/02/2021

الطبب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'

Date des actes	Lettre clé + Cotation NGAP	Montant facture Dr. Abdellatif IDRISI KANTOUNI Expert Assessment Visite Permis de Conduire 3, Chem. PO 35, GH238 BP El Gaidous El Oufa Casablanca - Tel 05 22 93 22 13	traitant
S 410	C	2000	

CIM-10

UX	العمليات المساعدين الطبيين			
Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغور Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

internationale des Maladies - dixième révision

Date des actes	Code des actes	Cotation NGAP/NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Date d'exécution PHARMACIE REGIONALE Casablanca 18/04/23	الشمن المغور Prix facturé 113,30	توقيع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 101910104123	113,30	Pharmacie REGIONALE TARIK 84, Bd. de la Liberté Casablanca Tel. : 0522 31 33 54
INP 092050241 18/04/23	2670,50	Pharmacie REGIONALE Casablanca Tel. : 0522 31 33 54 CASAQUA Bd de la Liberté - Casablanca Tel. : 0522 31 47 17
INPE et code à Barres 1019101041218131		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables

ANXIOL® 6 mg 
30 comprimés quadrisécables

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables



**Voie orale
60 gélules**



Dr. Abdelfettah IDRISI KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire



خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة المسافة

الدار البيضاء، في:

OU DADES

Casablanca, le 18/04/23

- Janumet 1000/50 Fou 319.

41 18 x 21 j.

36,70x9 - Anxivel 6 mg

113,30

113,30

1 PHARMACIE

* S Depraline Chirano 500

113,30x4

1INP 092050244

1 0734

139,00 Curcu flex

1 0

- stelnox

1 f Soi 5 x 03 min

44 PHARMACIE NOUVELLE

EL OULFA CASABLANCA

de la Liberte Casablanca

T : 2670,534

GH25B PO: 35

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

Dr. Abdelfettah IDRISI KAITOUNI
Expert Assermenté près les Tribunaux ECG
Visite Permis de Conduire
3, Imm. PO : 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 22 13

3 عمارة GH25B

مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء

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