

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0055655

COMPLEMENT
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 102 Société : A67717
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MAROUFI Diloud
Date de naissance : 01-01-48
Adresse : 51, Rue HASSANE II, ANASSAR
Tél. 06 62 24 36 03 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : KOUARI Khalifa 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 10/01/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

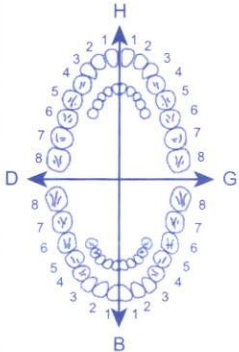
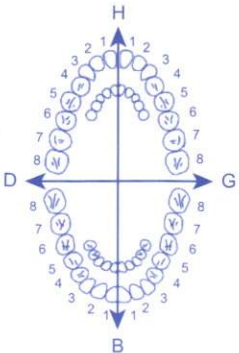
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>						
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			25533412	21433552		00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[illegible]MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عناية 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 التعريفية الوطنية.


تعريض بعض الخدمات بطل رهنا بظن الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

 <p>الضمان الإجتماعي MEXOSI - MACH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : <u>Kouli R. Khadija</u> الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : <u>14151414141414141414</u> رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN : <u>B. 348175</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : <u>4.200</u> Dhs. مبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <u>4</u> عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : <u>Kouli Khadija</u> الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : <u>14151414141414141414</u> تاريخ الإزدياد :</p>		
<p>N° CIN : <u>B. 348175</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe * : <u>M</u> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/> الجنس * :</p>		
<p>INPE et code à barres <u>Dr. Amine AZIZ</u> الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>		
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p> <p><u>Dr. Amine AZIZ</u></p> <p>INPE 091036689</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD * : <u>394</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن * :</p>		
<p>N° dossier ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ رقم ملف المرض المزمن :</p>		
<p>Code ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ رمز المرض المزمن :</p>		
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>		
<p>Fait à : <u>14151414141414141414</u> ب : <u>06/04/2023</u> في : <u>06/04/2023</u></p>		
<p>Le : <u>14151414141414141414</u> ب : <u>06/04/2023</u> في : <u>06/04/2023</u></p>		
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement 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.

080-200 7200 / 080 203 3333 الهاتف ب. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الدار البيضاء ب. ب. 2186 Casa Gare Téléphone 080-200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone 080-200 7200 / 080 203 3333

Zineb MANNANI

Kinésithérapeute -Physiothérapeute

Master Universitaire spécialisé en Réhabilitation des
maladies chroniques

Diplômée de l'Université de Montpellier I

Kinésithérapie Respiratoire (Enfants - Adultes)

Kinésithérapie de la Grossesse et du post-partum



INPE : 065049504

مناني زينب

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

ماجستير جامعي تخصص ترويض الامراض المزمنة
خريجة جامعة مونتبلية

ترويض امراض الجهاز التنفسي - الاطفال - الكبار
ترويض المرأة الحامل و المسالك البولية

PLANNING DES SEANCES PREVISIONNEL

Le 13/04/2023

Patient : Mme Kouiri Khadija

N° de séance	Jour	Date	Heure
1	lundi	10/04/2023	13h00
2	mercredi	12/04/2023	11h00
3	vendredi	14/04/2023	15h00
4	lundi	17/04/2023	10h00
5	mercredi	19/04/2023	10h30
6	vendredi	21/04/2023	10h00
7	lundi	24/04/2023	11h00
8	mercredi	26/04/2023	12h00
9	vendredi	28/04/2023	10h00
10	lundi	01/05/2023	15h00

PHYSIOSPACE SARL AU
Rue Ibnou Assakir, RDC Magasin Premium C5
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20
ICE : 003165577000001

ZINEB MANNANI
Signature Kinésithérapeute-physiothérapeute
Centre Physiospace
Rue Ibnou Assakir, RDC magasin
Premium C5, Maârif - Casablanca

Rue Ibnou Assakir, Rés. Le Premium 9, RDC magasin Premium C5,
Chantimar II Quartier les Princesses, Maârif Casablanca -

ICE : 003165577000001
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20

NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Kouin Prénom : Khadifa

1) Date de la constatation de l'état de malade :

06/04/2023

2) Renseignements cliniques sommaires :

Arthrose rachis cervical
+ Mant. de la ceinture
de rotation de
l'épaule Dr

3) Traitement envisagé et actes :

Réductio rachis
cervical + Epaule Dr

2) Durée prévisible du traitement :

10 (Dix) séances (3 semaines)
semaines

A chant LE 06/04/2023

Signature

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
VICAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

وصفة
ORDONNANCE

le 06/04/2023

Prieu de faire 10 séances de
rééducation de l'épaule D5
et du rachis cervical qd M2
Korin Khadiga qui présente
une arthrose du rachis cervical +
Atteinte de la corce de l'épaule M2

Reçu

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDITE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAGUI



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
Le : 26/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 165014319

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Règlements de la période

du : 26/04/2023

au : 26/04/2023

من :
إلى :

Destinataire

KOUIRI KHADIJA

المرسل إليه

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
KOUIRI KHADIJA											
118601359	06/04/2023	AMK	TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	1700,00	50,00	1.00	10,00	500,00	77,00	26/04/2023	385,00
Total remboursé											385,00
Total général remboursé											385,00

- 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

Zineb MANNANI

Kinésithérapeute -Physiothérapeute

Master Universitaire spécialisé en Réhabilitation des
maladies chroniques

Diplômée de l'Université de Montpellier I

Kinésithérapie Respiratoire (Enfants - Adultes)

Kinésithérapie de la Grossesse et du post-partum



INPE : 065049504

مناني زينب

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

ماجستير جامعي تخصص ترويض الامراض المزمنة
خريجة جامعة مونبلييه

ترويض امراض الجهاز التنفسي - الاطفال - الكبار
ترويض المرأة الحامل و المسالك البولية

Facture N° : 05/ 2023

Le : 13/04/2023 à Casablanca

Patient : Mme Kouiri Khadija

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Total
Arthrose du rachis cervical + Atteinte de la coiffe des rotateur de l'épaule droite	10 (séances)	170,00 dhs	1700,00 dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : # 1800 DIRHAMS #

Paiement en espèces

PHYSIOSPACE SARL AU
Rue Ibnou Assakir, RDC Magasin Premium C5
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20
ICE : 003165577000001

ZINEB MANNANI
Kinésithérapeute-physiothérapeute
Signature
Centre Physiospace
Rue Ibnou Assakir, RDC magasin
Premium C5, Maârif - Casablanca

Rue Ibnou Assakir, Rés. Le Premium 9, RDC magasin
Premium C5, Chantimar II Quartier les Princesses, Maârif
Casablanca - ICE : 003165577000001

Patente : 35805663. RC : 561511. IF : 53252706
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20