

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

N° W21-777371

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11361

Matricule : 11361 Société : PAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Zoubir Zineb

Nom & Prénom : Zoubir Zineb

Date de naissance : 03.06.75

Adresse : 31 Rue 147 groupe M oulfa

Tél. : 0661 Total des frais engagés : A 70088 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SITARY SAID

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/07/23

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 Étage 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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

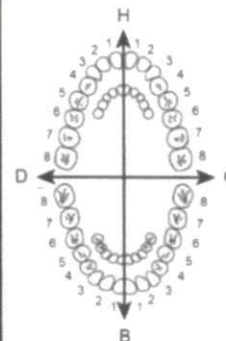
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

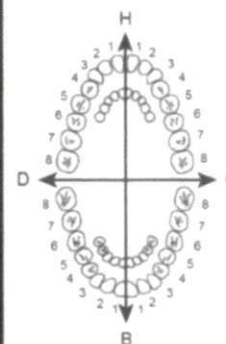
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

les soins par personne et par

doit être accompagnée de justificatives originales (actes, factures, ...).

de la personne soignée par les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être les codes à barres des

ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte de traitement médical continu. le dossier doit être présenté 10 jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera le la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au suite à accord préalable. res est disponible auprès de

ix accidents du travail et elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse tenir des prestations qui ne assibiles des sanctions légales

nboursement prise par la ée au respect des conditions ce qui précède.

signature de l'Agence

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المستنطرة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لا تحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تعليمات يجب إتباعها

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REF: ANAM - 12.01.01
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : SITARY SAÏD

N° Immatriculation : 11012974146

N° CIN : BE54671314

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais : مبلغ المصاريف : 1641,95 Dhs

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة : 05

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SITARY SAÏD

Date de naissance : تاريخ الميلاد : 21/07/1979

N° CIN : BE54671314

Sexe * : الجنس * : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins *

نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Le : 15/06/2023

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Le : 15/06/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



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 : 27/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 102974146 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 27/06/2023 : إلى
au : 27/06/2023 : إلى

المُرسل إليه
Destinataire
SITARY SAID

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.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	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
SITARY SAID											
70547693	12/06/2023	PH	PHARMACIES D	142,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	27/06/2023	99,40
70547693	12/06/2023	K101	OFFICINES Clinique Privée	1499,35	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	27/06/2023	700,00
			Total remboursé	مجموع مبلغ التعويض							799,40
			Total général remboursé	مبلغ التعويض الاجمالي							799,40

- 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

CIM-10			
--------	--	--	--

[illegible][illegible]

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 82 810 / 2023 du 12/06/2023

Nom patient : SITARY SAID

Entrée 12/06/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CYSTOSCOPIE	1,00		1 500,00	1 500,00
ANESTHESIE EN SUS D'UN ACTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 800,00</i>
PHARMACIE (en sus)	1,00		299,35	299,35
			<i>Sous-Total</i>	<i>299,35</i>
Total Frais Clinique				2 099,35
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
PR. MOUSSAAB RACHID (urologie)	1,00		-600,00	-600,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>-600,00</i>
Total prestations externes				-600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX-NEUF DIRHAMS TRENTE-CINQ CENTIMES

Total 1 499,35

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 499,35	1 499,35	0,00

F. M. 29/06/2023 12:03:45
N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 12/06/2023

M. Silvany Saïd

1) Spectrum 500mg (S.V.)
131.60 1 g x 2 / j p.p.k 8 j

2) Dolostop 1g (S.V.)
10.60 1 g x 3 / j s: douleurs

T = 142.20



VENTE
DR. CHAÏBI ANI. H
Mme. EL OUMER - CASABLANCA
Tél: 05 22 52 50 50 - 50 50 50
Rue de l'Université 190