

## 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-792163

173525

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8876	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CAHLOU SOUT
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse : 10 Rue Abu Wagt Bougogne		Tél. : 0662783275 Total des frais engagés : 2937,10 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

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 :

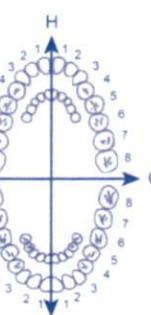
Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
				MONTANTS DES SOINS			
				DEBUT D'EXECUTION			
				FIN D'EXECUTION			
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE						
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B						
	[Création, remont, adjonction]						
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>							

soins par personne et doit être accompagnée de justificatives originales (factures, ...).

de la personne soignée par les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être codées à barres des

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

des frais engagés sera la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au titre à accord préalable. C'est disponible auprès de

accidents du travail et les ne sont pas couverts.

ble de fraude ou de fausse nir des prestations qui ne sont pas couvertes par les sanctions légales

boursement prise par la et au respect des conditions qui précède.

Signature de l'Agence

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث. يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابنائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جمع و كالات 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، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Ref. - 610-1-02
Ref. ANAM : 12.01.01	مراجع رقم	خاص بالمؤمن له (الها)

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **TAJDI MOURAD**

N° immatriculation : **19970991010**

N° CIN :

رقم التسجيل : **141910101**

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

العنوان :

Montant des frais : **1099 درهم**

مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes :

**1**

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **TAJDI MOURAD**

Date de naissance :

N° CIN:

**19910101419101**

Sexe\* :

**M** ذكر

**F** أنثى

INPE et code à barres \*\*

**1-0643832121**

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

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

Fait à :

Le :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

بـ :

توقيع وظاط الطبيب العالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
20-05-2023	4 Neuro pehui			
INPE et code à Barres 2618132111				
INPE et code à Barres 1111111111				

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	لetter clé+ cotation NuAP / NABM	Montant facturé	Signature et cachet du Biologiste
INPE et code à Barres 1111111111				
INPE et code à Barres 1111111111				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوت Prix facturé	صيادي أو مومن التجهيزات الطبية الممونة Signature et Cachet du PI Fournisseurs des dispositifs médicaux	
20.05.2023	29,85,00	INPE 0920230139	
INPE et code à Barres 1111111111			
INPE et code à Barres 1111111111			

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Pri

 <b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Rélevé périodique des prestations AMO</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>Réf. : 610-2-06</b> <b>مراجع رقم : 0522 54 86 73</b>	
	<b>Emis à :</b> CASABLANCA <b>Le :</b> 10/07/2023	<b>تصدر :</b> 10/07/2023 <b>Page</b> 1 / 1
<b>N° d'immatriculation</b> 199709910 <b>رقم التسجيل</b> JAIDI MOURAD <b>Règlements de la période</b> du : 10/07/2023      من : au : 10/07/2023      إلى :		<b>Destinataire</b>
<b> المرسل إليه</b>		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تحدون أدناه محمل 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
JAIDI MOURAD											
114719715	20/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES NEUROLOGIE	2925,00	0,00	1,00	15,00	0,00	0,00	10/07/2023	2020,27
114719715	20/05/2023	CG		0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	10/07/2023	0,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- 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	<a href="http://www.cnss.ma">www.cnss.ma</a> <a href="http://www.cnss.ma/Portail/">www.cnss.ma/Portail/</a> <a href="http://www.cnss.ma/MaCNSS">« Ma CNSS »</a> 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200	للزيد من المعلومات: يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمسن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمحجب الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الشسان على الارقام
--	---	--



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء

## CLINIQUE EUROPÉENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
 Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
 24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

### Ordonnance

Casablanca, Le 20/05/2014

Pharmacie Lahjajia  
 ZEMMAMA Nadia  
 Avenue du Phare - Résidence  
 Taghazout - Casablanca  
 Tel : 05 22 29 35 64

Jâmi Noura

① Levox 0,4cc

Pharmacie Lahjajia  
 ZEMMAMA Nadia  
 Avenue du Phare - Résidence  
 Taghazout - Casablanca  
 Tel : 05 22 29 35 64

(349,00 X 6)

② Asperic 100ug

Pharmacie Lahjajia  
 ZEMMAMA Nadia  
 Avenue du Phare - Résidence  
 Taghazout - Casablanca  
 Tel : 05 22 29 35 64

(138,15 X 2)

③ DMR 100ug

Pharmacie Lahjajia  
 ZEMMAMA Nadia  
 Avenue du Phare - Résidence  
 Taghazout - Casablanca  
 Tel : 05 22 29 35 64

HT 300,15

④ cp 1

Pharmacie Lahjajia  
 ZEMMAMA Nadia  
 Avenue du Phare - Résidence  
 Taghazout - Casablanca  
 Tel : 05 22 29 35 64

(155,90 X 31)

2.09.25 - 0

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118001 080472

**LD-NOR 40mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082255

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

**ASPEGIC 100MG**

SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

**LD-NOR 40mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082255

**LD-NOR 40mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082255

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ Casablanca  
Lovenox 4000U/antixa Inj b2

P.P.V. : 138,10 DH



6 118001 080472