

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0020895

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUDOU Rachid

Date de naissance : 3-4-1958

Adresse : Rue ABOU ALWAKT n°127

Boulevard CASABLANCA

Tél. : 0607 733 770 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

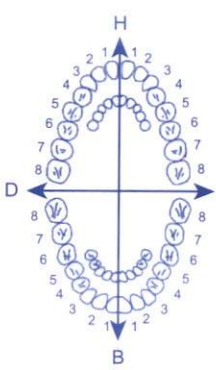
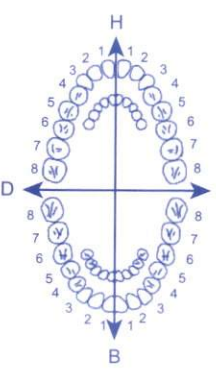
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100px;"/> D </div> <div style="text-align: left;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100px;"/> B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري	
	Relevé périodique des prestations AMO		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06	
Emis à : CASABLANCA Le : 26/05/2023		أصدر ب : بتاريخ :		Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 161630549 Règlements de la période du : 26/05/2023 : من au : 26/05/2023 : إلى		Destinataire ABOUDOU ELENA		

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	التعريف 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
ABOUDOU ELENA											
114715985	15/05/2023	CG	MEDECINE GENERALE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	26/05/2023	0,00
114715985	15/05/2023	PH	PHARMACIES D	1218,10	0,00	1,00	17,00	0,00	0,00	26/05/2023	823,34
114715985	15/05/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D	378,00	363,00	330,00	1,00	363,00	70,00	26/05/2023	254,10
114715985	15/05/2023	C	ANALYSES MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	26/05/2023	56,00
Total remboursé											1133,44
Total général remboursé											1133,44

- 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 الواسع على الأرقام



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : lundi 4 septembre 2023 التاريخ:
Heure : 10 h 39 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

ABOUDOU ELENA
127 RUE ABOU ALWAQT RESD SEKKAT ETG 1 BOURGOGNE
20160
CASABLANCA



114699550

N° CNSS	161630549	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité		رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1362.5 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	1 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	ABOUDOU ELENA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Nous vous rappelons que vous pouvez déposer les dossiers de Remboursement relatif à l'AMO auprès de nos points de proximité agréés.

نذكركم انه يمكنكم إيداع ملفات التعويض عن مصاريف العلاجات الطبية لدى مكاتب القرب المعتمدة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

Pour consulter la liste de ces bureaux, veuillez visiter notre site web :

للاطلاع على الخاصة بهذه المكاتب يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني:

www.cnss.ma

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

للمزيد من المعلومات :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

www.cnss.ma/Portail/

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال ألو الضمان على الأرقام

الفاكس

الهاتف

المدينة

العنوان

وكالة

Fax

Tél

CASABLANCA

Ville

Adresse

BOURGOGNE

Agence

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 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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

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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	تاريخ الإرسال : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

52174051/BL 7684/LoTA648074

0634096713

<p>الضمان الاجتماعي FONDS NACSI CNSS La sécurité de vous protéger</p>	<p>الضمان الاجتماعي</p> <p>*114715985*</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم : 610-1-03</p>
---	--	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	ABDOUN MANALOTO ELENA	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	1161630549	رقم التسجيل :
N° CIN :	BK02240E	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Adresse :	127 Rue Abou al Waqt Rec. Sakant 1stz. Beirout	العنوان :
Montant des frais :	1.796.10 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	1	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	ABDOUN MANALOTO ELENA
Date de naissance :	18 08 1960
N° CIN :	BK02240E
Sexe * :	M. <input type="checkbox"/> ذكر F. <input checked="" type="checkbox"/> أنثى
INPE et code à barres **	الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشرقي **

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Fait à :	Casablanca	Fait à :	Casablanca
Le :	17 05 2013	Le :	17 05 2013
Signature de l'assuré (e)	Proaboudan	Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	Docteur TAHIR Diabéto

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé) et le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 (بعضاء المحطة - الهاتف) 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

Docteur TAHIRI Souad

Diplômée de l'Université de Montpellier

Médecine Générale

Echographie - Diabétologie

Dietétique Médicale - Médecine du Travail

HARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
(Ex Tarava)
Rue Abou Alwaqt Khalaf - Casablanca
Bourgoigne
Tél : 94.24.39

الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مونتبليي

الطب العام

الفحص بالصدى - مرض السكري

الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le

17/05/2023

الدار البيضاء، في

que
ABoudou Manakob Elaha
78.70 x 3

Le p...
28 x 6
Le p...
150 x 3

Le p...
Le p...
Le p...
Le p...

HARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
(Ex Tarava)
Rue Abou Alwaqt Khalaf - Casablanca
Bourgoigne
Tél : 94.24.39

Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
Rue Abou Alwaqt Khalaf
Bourgoigne - Casablanca
Tél : 94.24.39

Docteur TAHIRI Souad

Diplômée de l'Université de Montpellier
Médecine Générale
Echographie - Diabétologie
Diététique Médicale - Médecine du Travail

الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مونتبليي
الطب العام
الفحص بالصدى - مرض السكري
الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le 15/05/2023

الدار البيضاء، في
Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
G7 Rue Abou Alwaqf Khalaf
Bourgogne Casablanca

que
ABOUABOU Mahabato Eteha
- glycémie à jeun
- HbA1c
- créatinine sanguine
- clairance de la créatinine
- cholestérol total
- HDL cholestérol
- LDL cholestérol
- triglycérides

Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
G7 Rue Abou Alwaqf Khalaf
Bourgogne Casablanca

Tahiri

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste - Casablanca
394 Bd Zerktouni
Tél: 05 22 27 48 96 Fax 05 22 27 43 13

مجموعة 7 - زنقة أبو الوقت خلاف - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 87 38
112, G 7 - Rue Abou Alwaqf Khalaf - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 05 22 36 87 38

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 230500506

Mme ABOUDOU Elena

Casablanca le 16-05-2023

Date de l'examen : 16-05-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0111	Créatinine	B30
0106	Cholestérol total	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
0134	Triglycérides	B60
	LDL calculé	B0
	NON HDL calculé	B0

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 378.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante-dix-huit dirhams .


CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Micham C. AZZANI TOUHAMI
Biotologiste
394, Bd Zerktouni - Casablanca
Tel 05 22 27 48 96 - Fax 05 22 27 49 13