

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 443	Société : RAD	Nom & Prénom : Feu EL Ward haboumine	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse : 100 Angle rue Mohamed El Haddaoui, rés la pale App. 38 Etg 5 Bougogne			
Tél. : 0667722339	Total des frais engagés : _____ Dhs		

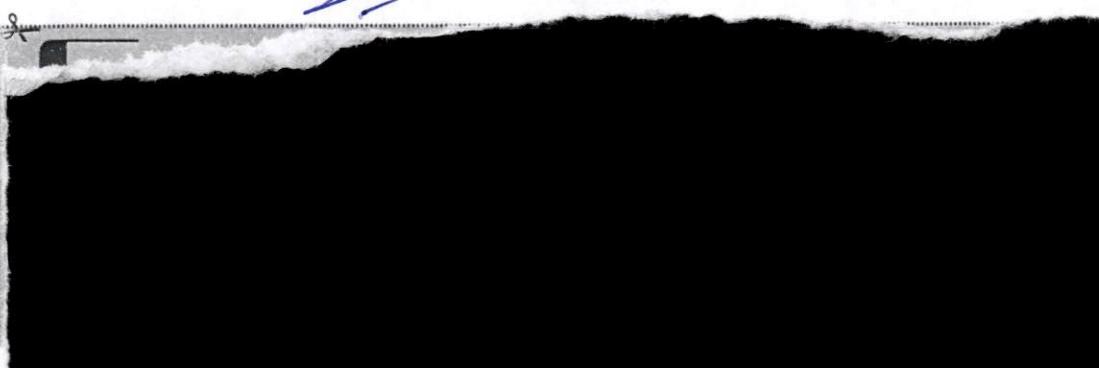
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____ / _____ / _____			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : **CASA** le : **27 DEC. 2023**

Signature de l'adhérent(e) :



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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

DENTISTE DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS															
DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION															
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION															
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">G</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	00000000		00000000	D		00000000	B		35533411	G		11433553
H	25533412	21433552														
00000000		00000000														
D		00000000														
B		35533411														
G		11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

suivre

le soins par personne et par

soit être accompagnée de toutes ses originales (ordonnances...).

1 de la personne soignée
par les praticiens eux mêmes
le soins.

transmises doivent être
s codes à barres des
és.

ns ainsi que les pièces
ut être présentées à la CNSS
qui suivent le premier acte
y a un traitement médical
rnier cas, le dossier doit être
ixante (60) jours qui suivent

nt des frais engagés sera de la tarification nationale de

s ne peuvent donner lieu au suite à un accord préalable. ères est disponible auprès de

ux accidents du travail et celles ne sont pas couverts.

pable de fraude ou de fausse tenir des prestations qui ne issible des sanctions légales

mboursement prise par la
tée au respect des conditions
ce qui précède.

توقيع و طابع الوكالة

١٢٦ بعثة مديرية التأمين الصحي الإجباري

الإجماع: _____

Date d'arrivée : _____ | تاريخ الإسلام: _____

تَعْلِيماتٌ يُجَبِّبُ إِتْبَاعُهَا

تقديم و قة العلاجات بالنسبة لكل مرض ، لكل حادث .

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طيبة، فوائتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية
المشاركة.

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

سيتم تعريف المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المتحدة

تعرض بعض الخدمات بطل رهنا بطلب الموقفة المسقية.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات المسندون
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

<p>الجهاز الاجتماعي الوطني CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		 مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *		<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	رقم : 610-1-03 رقم رقم : 0667772339 نامن بالمؤمن له (ها) : _____
N° Dossier : _____			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : _____ Ghamraoui SANAA			
N° Immatriculation : 115809150			
N° CIN : 6276269			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * _____			
Conjoint* <input type="checkbox"/> زوج			
Adresse : 100, Angle rue Ahmed EL Hachemi, Abé la petite App 38 Bruxelles			
Montant des frais : درهم Dhs. _____ 01			
Nombre de pièces jointes : _____			
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : GHATIRADOU SANAA			
Date de naissance : 11/11/1973			
N° CIN : 6276269			
Sexe *: M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à barres ** 091018044			
Médecin traitant طبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins			
Admission ALD *: <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
N° dossier ALD : _____			
Code ALD : _____			
Maladie : <input checked="" type="checkbox"/> مرض * _____			
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استثناء			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.			
فأنا أتعهد بصحّة كل ما ذكر أعلاه.			
Fait à : 22 CASA _____			
Le : 11/11/2023			
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : 11/11/2023			
Le : 11/11/2023			
توقيع طبيب المعالج Signature du Médecin traitant			
Cachet et Signature de l'Etablissement de soins Signature de l'Etablissement de soins			

Description des actes effectués

Al-Muallimah -

GIM-10

Actes Paramédicaux

مدادات المساعدة، الطبع

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

أشعة، الصرا

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	الأسماء أو الإيجارات Signature et Cadre ou Bi
INPE et code à Barres _1_ _1_ _1_ _1_ _1_ _1_				
INPE et code à Barres _1_ _1_ _1_ _1_ _1_ _1_				

م تطبيقها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفترض Prix facturé	لو مصون التجهيزات Signature et Cachet Fournisseurs des
16. M. 23.	502,90 دج.	
081900260		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

210
6758K1274
210
6758K1274

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



Colchicine 1mg
OPOCALCUM
20 comprimés sécables



Colchicine 1mg
OPOCALCUM
20 comprimés sécables



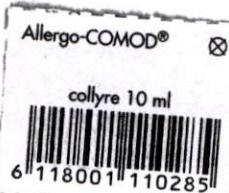
Colchicine 1mg
OPOCALCUM
20 comprimés sécables



Colchicine 1mg
OPOCALCUM
20 comprimés sécables



Colchicine 1mg
OPOCALCUM
20 comprimés sécables



Dr Adil BEKKALI

Diplômé de la faculté de Médecine de Sousse

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport

De la Faculté de Rennes

الدكتور عادل بيكالي

خريج كلية الطب ٢٠١٣ - ٢٠١٤
الطب PHARMACEUTICAL AL HAMD
حاصل على دبلوم التصوير الطبي
بالموجات فوق الصوتية من كلية مونبليه
حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

RHAN RAOUF SANKA

Casablanca, le : ١٦.١١.٢٠٢٣

12600x3

Cilentra 10



y le nel

1340x5

alchicine 1mg



57,90

y le mi

Alleugo canadensis

1pm 31r



att de 3 mois

7,502,90

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Res Nakhil Imm.5 Appt N° 2 Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca
GSM: 07 62 76 58 06

Résidence Nakhil Imm.5 Appt N° 2 Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca Tél/Fax: 07 62 76 58 06
إقامة النخيل عمارة 5 الشقة 2 حي القدس سيدى البرنوصي الدار البيضاء - المحمول: 07 62 76 58 06



**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 : 610-2-06

	Emis à : Le : 24/11/2023	CASABLANCA أصدر ب : بتاريخ : 24/11/2023	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période	115209150 du : 24/11/2023 : من au : 24/11/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire GHAMRAOUI SANAA	

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.

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
GHAMRAOUI SANAA											
114716100	16/11/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	90,00	24/11/2023	72,00
114716100	16/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	502,90	0,00	1,00	9,00	0,00	0,00	24/11/2023	400,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 بالمحبب الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال الوظيفي على الأرقام