

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



195581

Déclaration de Maladie

M23- N° 0036030

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3415 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKROUCH Abdellah

Date de naissance : 10-11-1955

Adresse : Residence Le Dakier 2MB6 Route d'EL JADIDA Casablanca

Tél. : 0662794785 Total des frais engagés : 300 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 : CASABLANCA Le : 19/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

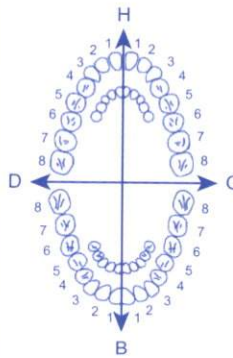
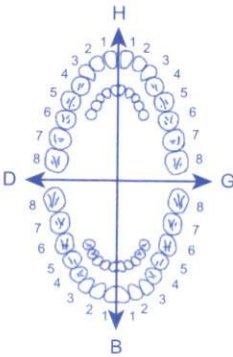
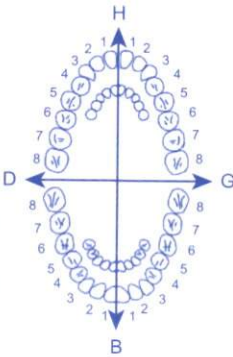
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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"/>															
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412			21433552																	
00000000			00000000																	
D			G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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 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 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 ولكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، معاد 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنه 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 وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام: 11/11/2023
Date d'arrivée: 11/11/2023

<p>الضمان الاجتماعي FONDS NATIONAL CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable</p>	<p>تنفيذ</p> <p>Exécution</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	<p>Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>الإسم العائلي والشخصي : BENAYYAD ANNA</p> <p>Nom et prénom :</p>				
<p>رقم التسجيل : 117058737</p> <p>N° Immatriculation :</p>				
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11783332</p> <p>N° CIN :</p>				
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p>				
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>				
<p>Adresse : Residence Le Palais IMB6 Route d'El Jadida CASA</p>				
<p>مبلغ المصاريف : 300 Dhs.</p> <p>Montant des frais :</p>				
<p>عدد الوثائق المرفقة : 1</p> <p>Nombre de pièces jointes :</p>				
<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>Déclaration du médecin traitant</p>				
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>Bénéficiaire de soins :</p>				
<p>الإسم العائلي والشخصي : BENAYYAD ANNA</p> <p>Nom et prénom :</p>				
<p>تاريخ الميلاد : 09/03/1957</p> <p>Date de naissance :</p>				
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11783332</p> <p>N° CIN :</p>				
<p>الجنس : أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p> <p>Sexe :</p>				
<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر</p> <p>INPE et code à Barres :</p>				
<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>				
<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>				
<p>نوع العلاجات</p> <p>Type de soins</p>				
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Accident</p>				
<p>أشهد بصدق على ما أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>				
<p>ف : 11/11/2023</p> <p>Fait à :</p>				
<p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>				
<p>أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>				
<p>ف : 11/11/2023</p> <p>Fait à :</p>				
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>				

* أشطب الخانة المناسبة
* 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
* 080 203 3333 : الهاتف - 2186 : الدار البيضاء المحطة - 2186 : الدار البيضاء ص - 080 203 3333 : الهاتف
* 080 203 3333 : الهاتف - 2186 : الدار البيضاء ص - 2186 : الدار البيضاء ص - 080 203 3333 : الهاتف
* 080 203 3333 : الهاتف - 2186 : الدار البيضاء ص - 2186 : الدار البيضاء ص - 080 203 3333 : الهاتف

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

[illegible]

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

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Electro-encéphalogramme (EEG)
Vidéo EEG
Electro-Neuro-Myogramme (EMG)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني
اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

أقامة الانتاج - زاوية براهم الروداني والنحاس النحوي - المطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المماريف - الدار البيضاء
Résidence Infitah = Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca

Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue.ma



091176802



casablanca le : 11/12/2023

BENAYYAD AMINA

• **MYSOLINE 250**

1/4 Comprimé, soir, 1 JOUR SUR 2 pendant 15 JOURS PUIS 1/4 Comprimé, soir, pendant 15 JOURS PUIS 1/2 Comprimé, soir, pendant 3 MOIS

ربع كل ليلتين مدة 15 يوما ثم ربع كل ليلة مدة 15 يوما ثم نصف كل ليلة مدة ثلاث أشهر. **MEDICAMENT NON DISPONIBLE AU MAROC.**
أخذ الدواء قبل النوم مباشرة

د. عادل العراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI

اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG - ENG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2^e Etg, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721



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 : 29/12/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 117058737

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 29/12/2023 : من
au : 29/12/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

BENAYYAD AMINA

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
BENAYYAD AMINA											
123237663	11/12/2023	CS	NEUROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	29/12/2023	105,00
Total remboursé											105,00
Total général remboursé											105,00

- 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