

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

M23-0017043

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKADMIR NASTAPHA

Date de naissance : 03.05.1954

Adresse : 19, RUE BAALABAK ETG 2 N° 6
BENJEDIA - CASA 20120

Tél. : 06.333033.53 Total des frais engagés : 2750,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : COMPLÉMENTAIRE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUDADES FOUZIA Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACCUEIL

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 : CASA Le : 19/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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]

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

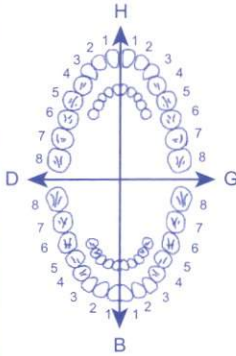
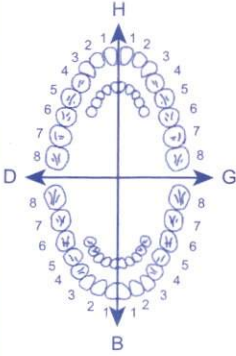
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

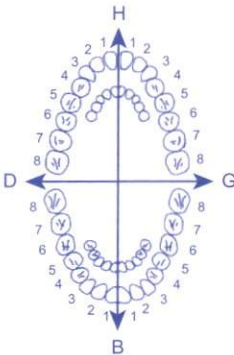
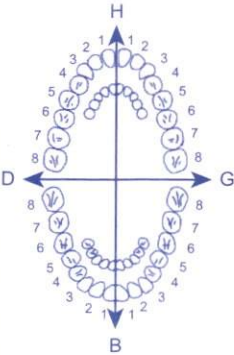
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>
							DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
							FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>		
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>		
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>		

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 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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 الإجتماعي.

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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>تاريخ الاستلام : _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance-Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : <u>OUADES FOUZA</u> الإسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : <u>1111111111111111</u> رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN : <u>1111111111111111</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <u>Moi-même</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Enfant</u> <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : <u>Rue Boulabab Imm 19 App 6/2e et Benjina CAS</u> العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : <u>2.199.000</u> Dhs. مبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : <u>OUADES FOUZA</u> الإسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : <u>1111111111111111</u> تاريخ الإزدياد :</p>		
<p>N° CIN : <u>1111111111111111</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe * : <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس :</p>		
<p>INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **</p>		
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن :</p>		
<p>N° dossier ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ رقم ملف المرض المزمن :</p>		
<p>Code ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ رمز المرض المزمن :</p>		
<p>Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : <u>11/11/11</u></p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : <u>11/11/11</u></p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>



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 : 12/02/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 160184117 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 12/02/2024 : إلى : 12/02/2024
أداءات الفترة

Destinataire المرسل إليه
OUADES FOUZIA

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	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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUADES FOUZIA											
148640054	19/12/2023	PH	PHARMACIES D	1899,00	0,00	1,00	15,00	0,00	0,00	10/02/2024	1193,64
148640054	19/12/2023	CNP	OFFICINES PSYCHIATRIE	300,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70,00	10/02/2024	133,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1326,64
Total général remboursé مبلغ التعويض الإجمالي											1326,64

- 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



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V : 113DH30
6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V : 113DH30
6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH
6 118001 081073



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 23E004
PER : 07 2027
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 23E004
PER : 07 2027
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 23E004
PER : 07 2027
6 118000 061465

Dr Driss El Amraoui
Psychiatre
Ancien Assistant Spécialiste
des Hôpitaux de France (Paris)
Tél. : 05 22 30 66 62

الدكتور إدريس العمرأوي
إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية
طبيب إختصاصي مساعد سابقاً بمستشفيات
فرنسا (باريس)
الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le 19/12/2023 في الدار البيضاء،

M= OUDADES.

43,30 x 6
20/12/23
283312 (28)

3/11/24 Fouzia
283388 (38) 02/02/24
283349 (04)

56,60 x 3
20/12/23
283312 (28) Depakine chrono 500

36,70 x 2
20/12/23
283312 (28) Stilnox
21/2/24
283054 (10) 3/1/24
283385 (28)

104,00
437,00 x 2
Ancien
JANUET

T = 1899,00
PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUJUBAA
10, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél. : 05 22 31 47 17
T = 1899,00
Dr. D. EL AMRAOUI
Psychiatre
Spécialiste
39, Bd. Rahal El Meskini - Casa

Traitement pour :

39, شارع رجال المسكيني - الطابق 4، شقة 8 (مصعد) - الدار البيضاء أنفا
39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4^{ème} étage (Ascenseur) - Casa - Anfa



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 : مرجع رقم

Code agence : 009459 : رمز الوكالة



Numéro dossier

148640054

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom OUDADES FOUZIA
N° d'immatriculation 160184117
Nom et prénom du bénéficiaire OUDADES FOUZIA

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

Type dossier DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt 06/02/2024 10:49
Date de soin 2023-12-19
Montant des frais de soins 2199 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف
تاريخ وقت الإيداع
تاريخ العلاج
مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدتي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم. نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcp@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

- Veuillez visiter notre site Web
- ou le portail des assurés
- ou l'application mobile
- ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معطياتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التغطية.

معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021

يمكن أن ترسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تنتمونها إليها وإلى الإدارات والشركاء وفقاً لطلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقاً لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdcp@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "الو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما عدا خطأ أو نسيان