

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 canaux, 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 canaux.

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- 0019514

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2876 Société : RA7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHLOU SOUAD
Date de naissance : 18-06-59
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 6011,60 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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

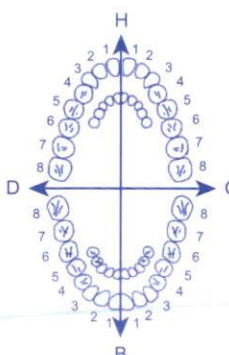
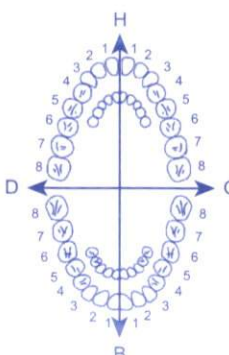
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 05/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 199709910 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 05/01/2024 : إلى : 05/01/2024
أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire JAIDI MOURAD

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	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											
114696960	02/10/2023	PH	PHARMACIES D	211,60	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	05/01/2024	190,44
114696960	02/10/2023	AMK	OFFICINES Clinique Privée	5500,00	50,00	1.00	20,00	1000,00	90,00	05/01/2024	900,00
114696960	02/10/2023	CS	Clinique Privée	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	90,00	05/01/2024	135,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1225,44
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1225,44

- 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 ألو الضمان على الأرقام

à suivre

e de soins par personne et par
doit être accompagnée de toutes
atives originales (ordonnances
es...).

om de la personne soignée
s par les praticiens eux mêmes
e de soins.

es transmises doivent être
des codes à barres des
etetés.

oins ainsi que les pièces
ent être présentées à la CNSS
is qui suivent le premier acte
il y a un traitement médical
dernier cas, le dossier doit être
soixante (60) jours qui suivent
nt.

ient des frais engagés sera
se de la tarification nationale de

ons ne peuvent donner lieu au
ue suite à un accord préalable.
nières est disponible auprès de
SS.

aux accidents du travail et
onnelles ne sont pas couverts.

oupable de fraude ou de fausse
obtenir des prestations qui ne
passible des sanctions légales

remboursement prise par la
onnée au respect des conditions
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 الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

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 التعريفه الوطنية
المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنحة 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 للإستفادة 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.

توقيع وطابع الوكالة et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
agent :	
sier :	

 الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

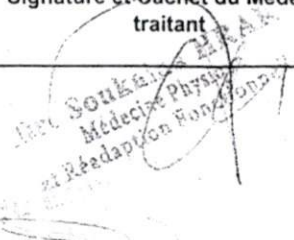
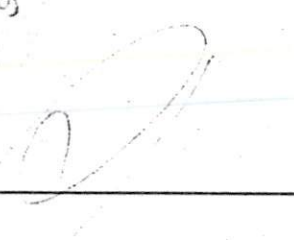
Partie réservée à l'assuré(e)		من بالمؤمن له (ها)
Nom et prénom : JALOU KOURAD		سم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 149171091101		التسجيل :
N° CIN : 149110111111		بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		قة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 10 Rue Abou Wad - Bougagne - CASA		نوان :
Montant des frais : 6011/60 Dhs.		لغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 4		دد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant		ريخ الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		مستفيد من العلاجات
Nom et prénom : JALOU KOURAD		سم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 11/11/11		ريخ الإزدياد :
N° CIN : 1111111111		لم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		بنس : *
INPE et code à barres **		م الوطني الاستدالي و الرقم المشفر **

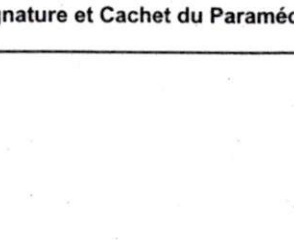

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins		العلاجات
Admission ALD * :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ل المرض المزمن * :
N° dossier ALD : 1111111111		م ملف المرض المزمن :
Code ALD :		ز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء	

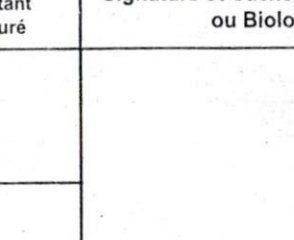
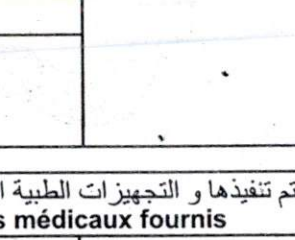
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : 11/11/11	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 11/11/11
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

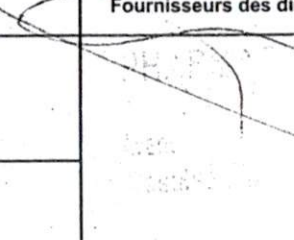
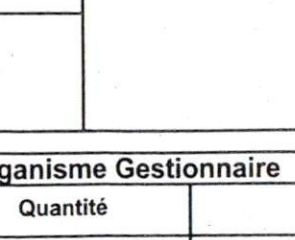
Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
29/09/2023		C.S	300,00 DA			
IPE et code à Barres 1111111111						
29/09/2023	véri facturé		5500,00 DA			
IPE 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 المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
IPE et code à Barres 1111111111						
						
IPE et code à Barres 1111111111						

-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				طب، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					
IPE et code à Barres 1111111111					
					
IPE et code à Barres 1111111111					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			تي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	سينلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du P Fournisseurs des dispositifs		
29/09/23	21160			
IPE et code à Barres 1111111111 092039189				
				
IPE et code à Barres 1111111111				

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

(4) Leaf to Fluke leaves: Quadricaps⁺
peas⁺, Hoyer Fessie⁺⁺, I J⁺, Relours⁺⁺

Corrections zu Heusche

des centres
d'associations
de parents +
d'élèves.

Exercise 1.1

④ ১৭৮০

Dr. J. S. S. S. S.

$$35/5$$

Reception
Médical
Service
F. 24



AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

M^r Jaidi Morad

Casablanca, le 29/09/2023

Hémiplégie ^{droite} par AVC
Cerebrovasculaire

Recommandations de Rééducation

- ① Physiothérapie Antalgiques Épaule
+ poignet ^{droite}
- ② Mobilisation douce de l'épaule en
intradouleurs + Gain des Amplitudes
Articulaires
- ③ Étirements des Muscles spastiques
Flexisseurs, Rond pronateur, Biceps

Clinique du Bien-Être Bouskoura, Bouskoura Golf City
(Prestigia), Casablanca 27182

Tél. : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92

E-mail : Direction@akditalife-bouskoura.ma

Site web : www.akditalife-bouskoura.ma

Boîte de 50 comprimés
LIORESAL® 10 mg
6 118001 030231

PPV: 105,80 DH

Boîte de 50 comprimés
LIORESAL® 10 mg
6 118001 030231

PPV: 105,80 DH



AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

Casablanca, le 29/09/2023

M^r Jaïdi Morad

① Lioresal

(1088 = 12) 0 - 0 - 1 pot 5 jrs.
1 - 0 - 1 pot 5 jrs
1 - 1 - 1 pot 1 mois

② Allèle 2e Relevés Dynamiques

211,60

Dr. Soukaina HRAÏ
Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Clinique du Bien-Être Bouskoura, Bouskoura Golf City
(Prestigia), Casablanca 27182

Tél. : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92

E-mail : Direction@akditalife-bouskoura.ma

Site web : www.akditalife-bouskoura.ma

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 29-09-2023

Facture N° 04083/23

A. Identification

N° Dossier : CBB23I29121624

N° Identifiant : 002053/23

Nom & Prénom : M. JAIDI MOURAD

C.I.N : J41910

Adresse : N 10 RUE ABOU EL WAQT BOURGOGNE

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-09-2023

Date Sortie : 29-09-2023

Médecin traitant : DR. SOUKAINA HRAR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

[Handwritten signature and circular stamp]

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 29-11-2023

A. Identification
N° Dossier : CBB23J02121931
Nom & Prénom : M. JAIDI MOURAD
C.I.N : J41910
Adresse : N 10 RUE ABOU EL WAQT BOURGOGNE

B. Assuré
Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Facture N° 04087/23
N° Identifiant : 002053/23

C. Débiteur
Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :
N° d'affiliation :
N° d'immatriculation :
N° Prise en charge :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 02-10-2023
Date Sortie : 29-11-2023

Médecin traitant : DR . RAHHOUM AMAL

Traitement : kinesi thérapie

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
KINESITHERAPIE						
1	KINESITHERAPIE (CENTRE)		5 500,00			5 500,00
Total Rubrique :						5 500,00
PARTIE CLINIQUE :						5 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 5 500,00

CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT CNSS) de :
ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré