

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.

M23- 0024792

199617

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1502

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HABIB EL FAYMI

Date de naissance :

Adresse : Seada, II n° 4 Sidi Youssef Cdt

Tél. : 0661137251 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAKHLAOUI Rochid Age: 67 ans

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 : 12/03/24

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

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	

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 701647 رقم الوكالة :

Numéro dossier



138197601

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom : NAKHLAOUI RACHIDA
N° d'immatriculation : 164386123
Nom et prénom du bénéficiaire : NAKHLAOUI RACHIDA

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي المستند

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الایداع

تاريخ اللاح

مبلغ تكاليف اللاح

Informations sur le dossier

Type dossier : DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt : 01/03/2024 12:34
Date de soin : 2024-02-29
Montant des frais de soins : 2120.8 DHS

Madame, Monsieur,

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

سيدي،
أفاد توصلنا بعطفكم بخبارك أنه ستم 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.pdep@cnss.ma :
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés-conseillers du Centre d'appel Allo Daman au numéro suivants : 3939

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

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

أو الزيارة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou contacter notre centre d'appel au numéro

3939

أو الاتصال بمركز الاتصال على الرقم

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو سوء



138197601

Code agence	701647	Date/heure de dépôt dossier	01/03/2024 12:34	نوع الملف
Signature du déposant	توقيع	Numéro d'opération partenaire	644340629	رقم العملية
	مودع الملف	Statut dossier	RECEPTION	وضعية الملف
		Numéro dossier	138197601	رقم الملف

Réf: 610-2-102

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatalogue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrales

Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي

(اختصاصي)

طبيب كلية الطب بالجامعة فرارات فرنسا

طبيب ملحق سابق مستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة المغربية

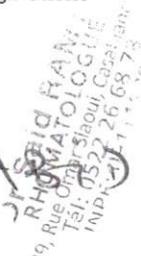
للتربيض الطبي

لأمراض الروماتيزم

اللظام الفاسد، المقللات

الميادين الفقير والمرجل

الغضروف بالأشعة



Casablanca, le

29/12/24

1^{er} HASS

RHUMATOLOGUE
19, Rue Omar Slaoui, Casablanca, Maroc

RACHIDA

29/12/24

Diovenor 600 mg 1

33,60

basilisc 60:

140 1/2 03x44,60

10 1/2 1/m 3 mrs

Actin Nov:

100 mg ch 3 mrs 06 X 149,0

3 mrs

prost 20:

1 gel 1/2 3 mrs

0,9x95,5
0,9x92,8

Vit D3 800:

1 cap/15 403x22,9

05x19:

12/1820/80

4 cap/les

Dr Said RAMY
RHUMATOLOGUE
19 Rue Omar Slaoui, Casablanca

0522 26 68 78 Tél: 0522 26 78

INPI: 051118794

GSM: 0661 4278 23

زنقة عمر السبوي الطلاق الثاني رقم 6 المركز التجاري فيفم الدار البيضاء - الهاتف: 0522 26 68 78

زنقة عمر السبوي الطلاق الثاني رقم 6 المركز التجاري فيفم الدار البيضاء - الهاتف: 0522 26 68 78

39

ARTI A ARTINOV®

mposition Comp	Composition:
rait sec	Extrait s
larpagophyt: d'Harpagophytum 200mg	d'Harpagophytum 200mg
cartilage de rs: Cartilage de requin 250mg.	Cartilage de requin 250mg.
érate de Ms: Stéarate de Magnésium,	Stéarate de Magnésium,
nidon de Mai: Amidon de Mais,	Amidon de Mais,
ansule végét: Capsule	Capsule végétale en HPMC

Conseils d'utilisation:
1 gélule matin et soir



PPV: 19,50 DH
6 118001272228
MM N° 171/16 DMP/21/INNPR
ZENTH Pharma

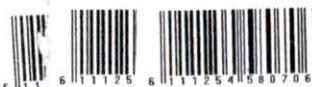
PPV: 19,50 DH
6 11800127228
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
ZENTH Pharma

PPV: 19.50 DH
6 11800127228
ZENTH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

ART ART ARTINOV

Composition: Extrait sec d'Harpagophytum 200mg, Cartilage de requin 250mg, Stéarate de Magnésium, Amidon de Maïs, Capsule végétale Capsule végétale en HPMC

Conseil	Conseils d'	Conseils d'utilisation:
1 gélul	1 gélule m	1 gélule matin et soir
Poids	Poids net	Poids net total: 18.5g



A standard 1D barcode representing the ISBN 978-9953-11272-8.

ZENITH Pharma
AMM N° 17/16 DMP/2/1/NNPR
6 11800 1272228
PPV: 20,90 DH

0	118000 0604683	6
0	118000 0604683	6
0	118000 0604683	6
0	118000 0604683	6
0	118000 0604683	6

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 11800127228
PPV: 19.50 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNP

 6 11800127228
 PPV: 19,50 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

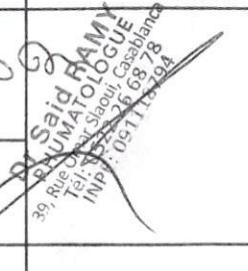
6 11800127228
DDV: 20.09.2014

118000-
28 gelüles

6 118000 010449

6 117800 30 comprimés

118000 010449

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
29/02/2024	6		300		
INPE et code à Barres					092034040
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1

CIM - 10

Actes Paramédicaux							العمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres							1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres							1_1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الابحاء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29/02/2024	1820,80	
INPE et code à Barres		092034040
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	Prix Total

000164386105

 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 : CASABLANCA : أصدر ب : Le : 06/03/2024 : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation : 164386123 رقم التسجيل : NAKHLAOUI RACHIDA Règlements de la période : du : 06/03/2024 : من : 06/03/2024 : إلى		المرسل إليه	

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.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
NAKHLAOUI RACHIDA											
138197601	29/02/2024	CS	RHUMATOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	06/03/2024	105,00
138197601	29/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1820,80	0,00	1,00	9,00	0,00	0,00	06/03/2024	235,62
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الإجمالي					
340,62											

- 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	للتبريد من المعلومات : يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو الزيارة الالكترونية للرسالة لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الصمام على الأرقام
--	---	--

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - الهاتف 07-0522 54 86 73 -fax: 0522 54 86 73
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02_28.03.2018