

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 198976
Nom & Prénom : RHAZOUNI MED EL MAHFOUD
Date de naissance :
Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA INN 83 APT 8 RD
ANOUAL CASABLANCA
Tél. : 0661462619 Total des frais engagés : 637,90 DH Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA Age: 73 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 : 15 / 03 / 2024
Signature de l'adhérent(e) :

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 :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier: ١ _ ١ _ ١ ١ _ ١ _ ١ ١ _ ١ _ ١ تاريخ الإيداع: ١ _ ١ _ ١</p>	<p>Date d'arrivée: ١ _ ١ _ ١ ١ _ ١ _ ١ ١ _ ١ _ ١ تاريخ الاستلام: ١ _ ١ _ ١</p>

 <p>الوكالة المغربية للضمان الاجتماعي CNS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرضى</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> موافقة مسبقة * Entente préalable* </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> تنفيذ * Exécution * </td> </tr> </table>	موافقة مسبقة * Entente préalable*	تنفيذ * Exécution *	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجع رقم: Réf. 610-1-02</p>
موافقة مسبقة * Entente préalable*	تنفيذ * Exécution *			
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Nom et prénom : ZOHRY FATIMA الاسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>N° Immatriculation : 119211591-1115 رقم التسجيل :</p>				
<p>N° CIN : 131216121619-1 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p style="text-align: center;">Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>				
<p>Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA 10783 APT 8 BD ANOUAL العنوان :</p>				
<p>Montant des frais :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 : المستفيد من العلا :</p>				
<p>Nom et prénom : ZOHRY Fatima الاسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>Date de naissance : 11/8 1011 119211 تاريخ الازدياد :</p>				
<p>N° CIN : 131216121619-1 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> نكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس : *</p>				
<p>INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدالي و الرقم المشفر **</p>				
<p>Médecin traitant INPE: 091114918 الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>			
<p>Type de soins* نوع العلاجات *</p> <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : CASABLANCA Le : 12/3 1011 121014</p> <p style="text-align: center;">توقيع المؤمن Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 12/3 1011 121014 Le : 12/3 1011 121014</p> <p style="text-align: center;">وقّع ونائب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> <p style="text-align: center;">Docteur Fatima NZERD</p>			

-** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de santé) ainsi que le code à barres.

الصندوق الوطني للأعصاب - ساحة داکار - الدار البيضاء ص.ب 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

NEALGYL® 80 mg
Phloroglucinol

NEALGYL® 80mg

NEALGYL® 80 mg
Phloroglucinol
20 comprimés
orodispersibles



6 118000 041511

LOT : 23E07
PER-03 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 23E02
PER-01 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 23E07
PER-04 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

FAZOL

crème

Tube de 20 g



6 118000 120346

MCC220MA118PE-02

09.01.2020

120x420-120x37.40gr-CS

Notice :

Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I.
solution buvable en ampoule, boîtes de 3.
Cholécalciférol (vitamine D3).

MB

(S.A.

striel,

N-FAMENNE, Belgique.

Belgique.

6 118001 320703

6 118001 320703

6 118001 320703

Notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations
supplémentaires aux informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.
- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. Qu'est-ce que D-Cure forte et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser D-Cure forte ?
3. Comment prendre D-Cure forte ?

OEDES 20mg

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

Docteur Fatima MZERD

Médecine Générale

Echographie

Analyse Diabète

Enfant, Femme, Homme



الدكتورة فاطمة مزرد

الطب العام

الفحص بالأشعة

تحليلات السكر

اطفال، نساء و رجال

PHARMACIE ASKIA
Dr. MSIK Lamia
Résidence Andaloussi E 74
N° 4, Cité Plateau - Casablanca
Tél.: 05 22 25 93 20
Fax: 05 22 25 93 20
ICE: 000702500000074
INPE: 092086933 - IF: 40296141

Casablanca, le : 23/11/2014

20 H Ry Fatima


24.40 x 3
+ Farz ca 1/6 N3 (AS)
36.70 x 3
- Koudge 160g (AS) 3
119.60 x 3
- Dour gnt (AS) 3
34.40 x 3
- Newly 4V 80 leg x 2 N3
52.80 ar seel 20 18g (AS) 3

Tot: 537,90

HARMACIE ASKIA
MSIK Lamia
Résidence Andaloussi E 74
N° 4, Cité Plateau - Casablanca
Tél.: 05 22 25 93 20
Fax: 05 22 25 93 20
ICE: 000702500000074
INPE: 092086933 - IF: 40296141

Docteur Fatima MZERD
Résidence Oussama, Lot N° 4
Bd Driss El Harti - Casablanca
Tél: 092086933 - IF: 09914918

إقامة أسامة، الطابق الثاني، شقة 3 تجر 4، شارع دريس الحارثي (فوق قاعة) الدار البيضاء. الهاتف 06 67 03 02 61
résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Harti - Casablanca
Tél: 092086933 - IF: 09914918

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Relevé périodique des prestations AMO</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم</p>	
	<p>Emis à : CASABLANCA : أصدر ب : Le : 23/02/2024 : بتاريخ :</p>		<p>Page 1 / 1 الصفحة</p>	
<p>N° d'immatriculation 192159815 رقم التسجيل Règlements de la période : من : 23/02/2024 : إلى : 23/02/2024 أداءات الفترة</p>		<p>Destinataire المرسل إليه ZOHRY FATIMA</p>		

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	المعاملات	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
ZOHRY FATIMA											
124165158	23/01/2024	PH	PHARMACIES D	573,90	0,00	1.00	14,00	0,00	0,00	23/02/2024	304,29
124165158	23/01/2024	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	23/02/2024	56,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											360,29
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											360,29

- 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 الو الضمان على الأرقام