

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040091

NID: 37131

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 123, rue Alon A WAT LES JEUETS BL

Boulevard de l'air

Tél. : 06826050 Total des frais engagés : 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 :

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 : CAS

Signature de l'adhérent(e) :



	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 200494754137218	Emis à Casablanca le : 28/04/2020	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 04/2020 Mode de paiement : Virement	EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référé accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
070669462	27/02/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
070669462	27/02/2020	PH	PHARMACIE	788,00	195,40	1,00	1,00	195,40	77	150,46
060293101	14/03/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
060293101	14/03/2020	PH	PHARMACIE	275,90	176,20	1,00	1,00	176,20	77	135,67
Total remboursé pour AZIZA										517,13
Total général remboursé										517,13

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

0662100580

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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : _____	تاريخ الاستلام : _____
Date de dépôt du dossier : _____	Date d'arrivée : _____

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

يجب كتابة الاسم 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 الاجتماعي 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

 الضمان الاجتماعي CNSS	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 Réf. : 610-1-03
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom :	EL MECHRAFI AZIZA	الاسم العائلي و الشخصي :
N° Immatriculation :	154502333	رقم التسجيل :
N° CIN :	A1214331	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *
Adresse :		العنوان :
Montant des frais :	Dhs. درهم	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	
Nom et prénom :	EL MECHRAFI AZIZA
Date de naissance :	11/11/1980
N° CIN :	111111111
Sexe * :	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى
INPE et code à barres **	INPE : 091019448
Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :	111111111	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	111111111	رمز 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 : 14/11/2020 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : _____ Le : 14/11/2020 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identification Nationale des Professionnels de santé et des Etablissements de Soins) sur la feuille de soins.

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - المظنة - دار البيضاء - ب.ب. 2186 - Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

05 22 98 14 67

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>14/3/2020</p> <p>INPE et code à Barres</p> <p>092039189</p>	<p>27890</p>	<p>Pharmacie Lahjajma</p> <p>ZEMAMAMA Nidia</p> <p>Avenue du Phare - Résidence Tagharzou</p> <p>Cap-Haïtien - Tél. 05 22 29 35 64</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

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



FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 15.450.2.333
Nom et Prénom : EL MECHRAFI A.Z.H.A
Bénéficiaire : même
Tél/GSM : 06.62.18.05.80

Partie réservée au code à barre des médicaments

<p>ISOLONE 20mg 30 comprimés</p> <p>AMM N° 65 DMP/21/NCN</p> <p>6 118000 020806</p>	<p>LABIXTEN 20mg 30 comprimés</p> <p>6 118000 230656</p> <p>⊗</p>	<p>6 118001 040674</p>	

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فوائير، ...).

يجب كتابة الاسم 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، 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 التعريف الوطنية
المرجعة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

 الضمان الإجتماعي CNSS	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)		
Nom et prénom : EL NECHRAFI AZIZA		خاص بالمؤمن له (ها) الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 11545013313		رقم التسجيل :
N° CIN : A21A4331111		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse :		العنوان :
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		صريح الطبيب المعالج
Nom et prénom : EL NECHRAFI AZIZA		المستفيد من العلاجات
Date de naissance :		اسم العائلي والشخصي :
N° CIN :		تاريخ الإزدياد :
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
INPE et code à barres **		الجنس : * F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى
Médecin traitant		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **
الطبيب المعالج		Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية		نوع العلاجات
Type de soins		قبول المرض المزمن :
Admission ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ملف المرض المزمن :
N° dossier ALD :		مرض المرض المزمن :
Code ALD :		Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :		برح بمصادقة و صحة
Le : 12/12/2012		معلومات المذكورة أعلاه
توقيع المؤمن له		توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

• 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.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - 2186 - الدار البيضاء المحطة - دار المومن - ساحة دكاكر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333

Manon de l'Asturé - Place de DAKAR - Casablanca R.P. 2186

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>27.1.2020</p> <p>INPE 09205985</p>	<p>78800</p>	
<p>INPE et code à Barres</p> <p> </p>		

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



FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 15.4.50.2333
Nom et Prénom : EL MECHRAFI A. D. 74
Bénéficiaire : son même
Tél/GSM : 06.62.10.05.80

Partie réservée au code à barre des médicaments

AMlor 5mg 56 COMPRIMÉS 6 118000 250012	AMlor 5mg 56 COMPRIMÉS 6 118000 250012	CADELIUS 600 mg/1000 UI Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D ₃) Comprimés orodispersibles. Boîte de 30 PPV: 128,70 Dhs 6 118001 440061	CADELIUS 600 mg/1000 UI Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D ₃) Comprimés orodispersibles. Boîte de 30 PPV: 128,70 Dhs 6 118001 440061
			CADELIUS 600 mg/1000 UI Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D ₃) Comprimés orodispersibles. Boîte de 30 PPV: 128,70 Dhs 6 118001 440061

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمم والشخير

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Rontlement
- Médecin Fédéral de la FFESSM

الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقويم الدوار والصمم والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE 14/03/2020

Madame EL MECHRAFI Aziza

571 0

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

997 0

LABIXTEN boite de 30

1 comprimé matin avant le petit déjeuner pendant 30 jours.

119.10

RISONEL

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours.

275.90

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif
Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53

Dr. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE
Médecine Manuelle et Osteopathie
Echographie Osteoarticulaire
Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,
des muscles et des pieds
Diplômé de la faculté de
Médecine de Marseille
Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين الماروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا
ملحق سابق بمستشفيات مونبولي
إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل
العمود الفقري، العضلات و الأرجل
علاج العمود الفقري و المفاصل
بالتطبيب اليدوي
الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le :27/02/2020.....

MME EL MECHRAFI AZIZA

(1287-044)

• Cadelius

1 Cp / jour x 04 mois

• Amlor 5 mg - comprimé

1 cp / jour x 03 mois

1366042

78800

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.30.91.54 - الفاكس : 0522.54.29.79
124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél. : 0522.30.91.54 - Fax : 0522.54.29.79