

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.

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° W21-704677

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2509

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

CHIADMI A.F.FA

Date de naissance :

07.01.57

Adresse :

HASSI MOURID

Tél. :

0661095613

Total des frais engagés :

8646,00

Dhs

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

16/09/2022

Le : 16/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-704677

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

2509

Nom de l'adhérent(e) :

CHIADMI

Total des frais engagés :

0,00

Date de dépôt :

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 طيبة، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
لمرجعية.

يعتبر بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنها هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق
للوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غيرقابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

توقيع و طابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : -----

Date de dépôt du dossier : 11/11/2011

 الضمان الاجتماعي ANAM C.N.S.S Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مدربة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تتفيد * Exécution *	Ref. : 610-1-03
خاص بالمؤمن له (هـ)		
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : <u>S. RAJRI Ahalilah</u> الاسم العائلي والشخصي : N° Immatriculation : <u>176447016110</u> رقم التسجيل : N° CIN : <u>A-800679</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (هـ) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ابن العنوان : Adresse : <u>LOTIZZIHAR n°10 sid EL Abed Témara</u>		
Montant des frais : <u>3.6.4.6.400</u> Dhs. مبلغ المصاري : Nombre de pièces jointes : <u>3</u> عدد الوثائق المرفقة : Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins Nom et prénom : <u>Mr. S. RAJRI Mouna</u> الاسم العائلي والشخصي : Date de naissance : <u>2. Imm. 209, Av. Moulay Ali Cherif</u> تاریخ الازداید : N° CIN : <u>1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى الجنس : * INPE et code à barres ** <u>1101012088558</u> رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق ** Médecin traitant <u>Dr. L. YOUSSEF ALOUNA</u> الطبب المعالج الطبب المعالج <u>2. Imm. 209, Av. Moulay Ali Cherif</u> الطبب المعالج <u>Cité Massira Témara</u> الطبب المعالج <u>GSM: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 96</u> الطبب المعالج <u>INPE: 1012088558</u> الطبب المعالج Type de soins		
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن : * N° dossier ALD : <u>1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</u> رقم ملف المرض المزمن : Code ALD : <u>1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</u> 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. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : <u>Le: 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</u> في : <u>Le: 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</u> في : توقيع المؤمن له <u>Signature de l'assuré (e)</u> توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant et de l'Etablissement de soins NEUROLOGUE Dr. L. YOUSSEF ALOUNA 2. Imm. 209, Av. Moulay Ali Cherif Le: 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1		

عمليات، الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع

توقيع و طابع طبيب الأنسجة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

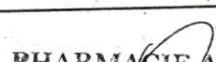
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

جدال الوصفات التي تم تفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات
الطبية

**Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Fournisseurs des dispositifs médicaux**

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux		توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الفن المفوترة Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29/04/2022	8646,00	 PHARMACIE AL FATH صيادلة الفاتح شارع العبدالله بن قاسم 0537391747 ال電話
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1 052023595		
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

Prestations et Services non pris en charge	Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Description des actes effectués

وصف العمليات المحاسبة

CIM-10

Actes Paramédicaux

العمليات المساعدة: الطبيعة

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

DR. LYOUSSEI MOUNA

**Neurologue - Epileptologue
(Adulte et Enfant)**

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Péphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الدكتورة اليوسفي منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع

الكبار والصغار

أمراض الدماغ الاعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكية)

التخطيط الكهربائي للاعصاب والعضلات

Témara le: 25/04/2021. قمارة في.....

Dr. LYOUSSEI

Abdelilah

u1- Rilutek 50mg

App x 21j pdt 03 مخصص

2882,00DH

8646,00

PHARMACIE AL FATH

صيدلية الفتح

9 شارع الرباط - الدار البيضاء قاسم

05 37 69 27 07: الهاتف

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

Dr. LYOUSSEI Mouna
NEUROLOGUE
21 Imm. 209, Av. Moulay Ali Ch
Cité Massira I, Témara
65600 06 62 95 70 54- Fax: 06 63 76 63
INPE: 104 2085558

3
582910 080718
Barcode

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - قمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>REF : 610-2-06 : مرجع رقم</p>
	Référence structurée : 220820378392918	Emis à Casablanca le : 00/00/00	Page : 1
	Identifiant de la famille	تعريف العائلة	SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204
	N° d'immatriculation : 176440610 Règlement du mois : 08/2022 Mode de paiement : Virement		
	Informations :	معلومات :	

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنبو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
SRAIRI ABDELILAH			PHARMACIE	8 646,00	8 646,00	1,00	1,00	8 646,00	95	8 213,70
Total remboursé pour ABDELILAH										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 086863717

pharmacie AL FATH .

91, Bd de Rabat
Sidi - kacem

INPE: 052023595

patente: 21606785

ICE: 002008833000029

date 29/04/22
A. N R SRAIRI
Abdelilah.

facture

Rilutek . 50mg . 3 Btes .

2882,00 x 3

8646,00

facture arrêtée à la somme de .
quatre mille six cent quarante six dirhams


PHARMACIE AL FATH
صيدلية الفاتح
شارع الرباط - سيدني قاسم 91
الهاتف: 0537 59 27 07

Date : lundi 27 juin 2022 التاریخ:
Heure : 10 h 45 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
12040
TEMARA



N° CNSS	176440610	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	A800679	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	8646 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين تجاههم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

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

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

الفاكس الهاتف المدينة
05 2241 81 52 Fax 06 08 89 07 91 Tel RABAT
/ 92

العنوان
Adresse
RABAT YACOUB AL MANSOUR
Agence
Yacoub El Mansour