

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-770378

Complémentaire (épouse)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1494		Société : 1494	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENKADIR MOHAMED		Date de naissance : 19, Rue ALLAL BAK ETG 2 N° 6	
Adresse : BEN YOUSSEF		Télé : 05 33 30 33 63 Total des frais engagés : 000 + 3 101,90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Complémentaire (Cojoint)
Date de consultation :	03/10/2012
Nom et prénom du malade :	DU DADES Fouzia
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 Casablanca le 13/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/10/2012

M. A. A.



### Description des actes effectués

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NCAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
03/10/22		EGKz	20000		
INPE et code à Barres 0911075470					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10

#### **Actes Paramédicaux**

Acès Paramédicaux						العمليات المساعدات الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغور Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
<b>INPE et code à Barres</b> _ _ _ _ _						
<b>INPE et code à Barres</b> _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
positive medical supplies

#### **Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire**

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. Abdelfettah IDRISI KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire



الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلل لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السياقة

الدار البيضاء، لي

Mul Fouz 15

Casablanca, le

03/10/2022

Oudades

Janumet 50/1000

x 2/j x 03 mai

23/11/22 23/11/22 (TTOis) 03/10/22

Depakene chrono 500 mg x 28/11/22 28/11/22 (3B)

26/10/2022 08/11/22 08/11/22 28/11/22 28/11/22 x 03 mai  
Anxitop 16 mg (m Zepam 6 mg)  
x 03 mai

Abilcef gelule x 03 mai

Trimedat sachet 150 sucre x 03 mai

15 x 3/j

Total = 310,95 - مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء GH25ERO: 35 معايرة 3

3, Imm PO : 35, CH25B, OP El firdaous - El Oulfa - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : ikaitouni@hotmail.com

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD N  
AMM N° : 268/19/D  
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH  
6 118001 081073  
à libération prolongée



6 118001 160495

DEPAKINE®  
Sanofi-aventis Maroc 1g  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH  
6 118001 081073



6 118001 160



6 118001 160495

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH  
6 118001 081073

DEPAKINE®  
Sanofi-aventis Maroc 1g  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH  
6 118001 081073

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables  
6 118000 081111



ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables  
6 118000 081111



ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables  
6 118000 081111



ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables  
6 118000 081111

DEPAKINE®  
Sanofi-aventis Maroc 1g  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH  
6 118001 081073

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables  
6 118000 081111



AULCER® 20 mg  
28 Gélules



ULCER® 20 mg  
28 Gélules



AULCER® 20 mg  
28 Gélules



AULCER® 20 mg  
28 Gélules





**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 :

صفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 160184117 رقم التسجيل  
Règlements de la période  
du : 05/12/2022 من :  
au : 05/12/2022 إلى :

Emis à : CASABLANCA

Le : 02/02/2023

أصدر ب :  
 بتاريخ :

Destinataire

OUDADES FOUZIA

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريق	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسامن 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
OUDADES FOUZIA											
80470554	03/10/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	3101,90	0,00	1,00	20,00	0,00	0,00	05/12/2022	1996,40
80470554	03/10/2022	C		200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	05/12/2022	56,00
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>							
<b>Total général remboursé</b>				<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>							

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطا 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](http://www.cnss.ma)

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للتزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمحبب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال برسمك الحصول على الضمان على الأرقام