

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 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

- 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° W21-801849

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11361 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zoubir ZINEB

Date de naissance : 05.06.75

Adresse : 161271

Tél. : 066114757 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SITARY SATO 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agass Le : 16/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

الشعار الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)		بالمؤمن له (ها)	
Nom et prénom : SITARY SAÏD		العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 11021371411416		تسجيل :	
N° CIN : 131514167314		بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :		القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) :	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : 31 Rue 147 GR R ULFA DSSA		:	
Montant des frais : 98250 Dhs		المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : 01		الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		يخ الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		متفيد من العلاجات	
Nom et prénom : SITARY SAÏD		م العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 21/10/1972		الازدياد :	
N° CIN : 131514167314		بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M ذكر		أنثى <input type="checkbox"/> :	
INPE et code à barres		الوطني الاستدالي والرقم / المشر	
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		العلاجات	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء		Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض	
Maternité <input type="checkbox"/> أمومة		Accident <input type="checkbox"/> حادثة	
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 21/10/2023		بمصادقة وصحة لومات المذكورة أعلاه Fait à : 21/10/2023	
Le : 21/10/2023		Le : 21/10/2023	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		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 (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres			

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

02/03/2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Rénale

M. SITARY

091037705

- MF / 1 pr

TP + TUA

une notation

LABOIRE D'ANALYSES MEDICALES
KARIMLAB
Angle Bd. Oum Rabii et Oued Narm
Quartier El Oulfa - Casablanca 3
22932 120 0823 0000 224/0022 35 72 75

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Rénale

091037705

Mr SITARY Said
21-07-1978



2303030005

A coller sur l'ordonnance

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



مختبر التحليلات الطبية كريمة لاب
KARIMLAB
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris
DU Assurance Qualité Paris V

FACTURE N° : 230300078

ICE : 001602781000008

INPE:



093002301

Casablanca le 03-03-2023

Mr SITARY Said

Demande N° 2303030005

Date de l'examen : 03-03-2023

AMO

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait prélèvement	E10
0111	Créatinine	B30
0216	Numération formule	B80
0239	Temps de céphaline: TCK	B40
0236	Taux de prothrombine	B40
0135	Urée	B30

Total des B : 220

TOTAL DOSSIER : 252.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante-deux dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
KARIMLAB
432 Angle Bd. Oum Rabii et Oued Darâa
Quartier El Oulfa - Casablanca
05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75
06 61 61 46 29 05 22 93 21 31
karimlab2005@yahoo.fr

* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 @ karimlab2005@yahoo.fr

Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301



	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 24/03/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 102974146 Règlements de la période du : 22/03/2023 : من au : 22/03/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire SITARY SAID المرسل إليه	

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SITARY SAID											
54904263	04/03/2023	CG	UROLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/03/2023	0,00
54904263	04/03/2023	PH	PHARMACIES D	282,50	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	22/03/2023	197,75
54904264	02/03/2023	CG	OFFICINES UROLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/03/2023	0,00
54904264	02/03/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	252,00	242,00	220,00	1,00	242,00	70,00	22/03/2023	169,40
Total remboursé											367,15
Total général remboursé											367,15

- 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 أو الضمان على الأرقام