

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.

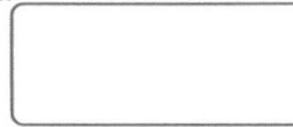
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>11361</u>		Société : <u>RAN</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <u>ZOUBIR ZINEB</u>	
Nom & Prénom : <u>ZOUBIR ZINEB</u>		Date de naissance : <u>05.06.75</u>	
Adresse : <u>AB 1268</u>		Tél. : <u>06.61.114757</u> Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>SITARY AHNAD NADIR</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" 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'atelier médical 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 : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>19 MAI 2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) : 			





**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 : 14/02/2023

صفحة 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 102974146 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 10/02/2023 من
au : 10/02/2023 إلى

Destinataire

SITARY SAID

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 المصارييف	التعرفة 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 AHMED NADIR											
103309479	06/02/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	246,60	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	10/02/2023	91,63
103309479	06/02/2023	C		150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	10/02/2023	56,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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

La remise de soins doit étre 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 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 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

Identification de l'agent :.....

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٩-١١-٢٣ تاريخ الإيداع: ٢٠١٩-١١-٢٣

يجب إلقاء ورقة الخلاجات بجميع الوسائل، سروراً،
أوصفات طيبة، فهانث، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثنائية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المراجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسئولة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٩-١١-٢٣ تاريخ الإيداع: ٢٠١٩-١١-٢٣

CNSS Le devoir de vous protéger	Entente préalable *	Exécution *	Réf. - 610-1-02 رقم	
N° Dossier :				
Partie réservée à l'assuré(e)	من له (لها)			
Nom et prénom : SITARY SAÏD	الشخص : _____			
N° Immatriculation : 71012187141114161	بل : _____			
N° CIN : 1815141678141	التعرف الوطني : _____			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	ة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/>			
Adresse : 31 Rue 147 GRM AULFA 2087				
Montant des frais :	اريف : درهم 336,60 Dhs			
Nombre de pièces jointes :	المرفقة : 01			
Déclaration du médecin traitant	طبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins	من العلاجات			
Nom et prénom : SITARY AHMED NADIR	أهلي والشخصي			
Date de naissance : 10/12/1941	عمر الوطني : _____			
I ^{er} CIN: 111111111111111111	M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر	F <input type="checkbox"/> أنثى		
INPE et code à barres	الاستدلالي والرقم المشفّر **			
édecin traitant	_____			
طبيب المعالج	_____			
Type de soins* جات :				
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشارة <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض				
Teste sur l'honneur l'exactitude des enseignements portés ci-dessus.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus correctes et véritables.		دقيقة وصحة المذكورة أعلاه
0121021201831	: بـ في :	Fait à :		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	SAITARY			توقيع الطبيب المعالج وطريقه Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale Visite Médicale - Permis d'Assurance Sociale Oued Sebou - 3327				
* Cocher la mention utile pour chaque case				
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres				
الستوديو الوطني للتصوير، الاتصالات، الإنتاج، الإذاعة - ساحة داكار - الدار البيضاء - مصطفى بن علي - الهاتف: 080 203 3333				

* 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**

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

نوع العمليات Taux de ces actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
02 2023	C		150,00	Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AUREE par le Ministère de la Santé Visite Médicale - Permis de conduire 710, BD Oued Sebaa Ouest Casablanca Tel. 052 90 33 27
code à Barres	1681674_1			

CIM-10

Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

نوع العمليات Taux de ces actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
code à Barres					
code à Barres					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

نوع العمليات Taux de ces actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جريدة الوصفات التي تتمتنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
6/9/23	246.60	PHARMACIE ELLOTE Mme. BENJELOUN NEAMA 313, Bd Ahmed Tazzit El Oulfa Casablanca - Tel: +212 52 20 13
INPE et code à Barres	INPE:092025014	
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

الدكتور عمران معتصم
الطب العام

دبلومه بالمعاهد
المحترف بالمستعجلات
الطبي الاستعجالي
التغذية والحمية
الدورة الطبية
تنبع امراض الضغط والسكري

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

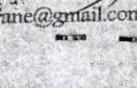
EXPERTISE MEDICALE

SUIVIE HTA ET DIABETE

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السيارة

Casablanca, le..... 06 . 02 . 2023 الدار البيضاء، في.....

ن° SITARY Ahmed Nadir

15.30	21 vitac 1000mg	1 - 0 - 0	
56.30	21 Duras 2000 mg	1 - 0 - 0	
40.90	31 Eriaskin	1 - 0 - 0	
60.00	41 AZ 200mg	1 - 0 - 0	
59.60	51 Enroflox 300mg	1 - 0 - 0	
x cl	Cefafine	1 - 0 - 0	
14.60	71 Doliprane 250mg	1 - 0 - 0	

Consultation:

Contrôle

Tél. 05 22 90 33 27

IF: 15201569

ICE: 001681749004029

79, Bd Oued Sabou, Angle terminus 55, EL ALIA

Tél. 05 22 90 33 27

Tél. 05 22 90 33 27

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministere de la Santé
Visite Medicale: 05 22 90 33 27
Permis de conduire: 34134
710, Bd. Oued El Moutassim
Tél. 05 22 90 33 27
Email: imrane@gmail.com

أنرويكس® شراب بدون سكر

الشراب ، قارورة من 125 مل ، قارورة من 200 مل.

العلل والتغيرات :

الشراب ، قارورة من 125 مل ، قارورة من 200 مل.
 التركيب :
 على زيت الزيتون 52% ، مستخلص سائل من النباتات المائية 10% ، ماء مطهير 7.6% ،
 على زيت الزيتون 13% ، مستخلص سائل من الأكاليلوس 6.25% ، مستخلص سائل من الفلفل الأسود 2.5% ، مستخلص
 على زيت الزيتون 5% ، إبريق البرتقال 0.2% ، حامض الليمونيك 0.2% ، سوربات البوتاسيوم 0.1% ،
 على زيت الزيتون 0.07% ، زيت الزيتون 0.07% ، زيت ريحان شامي الأسلي 0.07% ،
 بذور الصواديوم 0.1% ، زيت الزيتون 0.1% ، زيت ريحان شامي الأسلي 0.07% .

المكونات الخاصة	العناصر
مستخلص البروبوليس	مضاد للجراثيم مطهير
مطهير	مستخلص الأكاليلوس
مستخلص النباتات المائية	مهدئ وملين
مستخلص الزيزفون	مسكن
ملين	مستخلص الفحارة
طراب النفل	مستخلص العجل الأسود
زيزفون الاحتفان	زيت الزيتون الأسلي
زيزفون الاحتفان	زيت ريحان شامي الأسلي

لأنرويكس خصائص منكمة ومميزة للأحتقان وعافية ونقاء للغلوة ومضهرة .
 لأنرويكس يشكل مكونة متكاملة من مستخلصات النباتات الطيبة والزيوت الأساسية المقيدة لالتهاب الحنجرة والمصالك التنفسية .
 لأنرويكس متعدد لعلاج أضطرابات الأنف وإرارات القصبية .

تصنيع المستعمل :

للبالغ والطفل ابتداء من 5 سنوات .

يدرك قبل الاستعمال .

تم صنعه من طرف فيتو .
ويوزع من طرف "راموقلام".
هذا مكمل غذائي وليس دواء .

علقة صغيرة واحدة إلى ملعقتين صغيرتين ثلاث مرات في اليوم .
مدة الاستعمال : إذا تم تناول القارورة يجب استعمالها في الشهر المأولى لفتحها .

ENROUEX® sirop sans sucre

Forme et présentation :

Sirop , Flacon de 125 ml , Flacon de 200 ml .

Composition :

Glycérine 52,21% , Extrait liquide de Propolis 13% , Extrait liquide de coquelicot 10% , Eau purifiée 7,6% , Extrait liquide de Tilleul 6,25% , Extrait liquide d'Eucalyptus 5% , Extrait liquide de Radis noir 2,5% , Extrait liquide de Mauve 2,5% , Gomme xanthane 0,2% , Arôme orange 0,2% , Acide citrique 0,2% , Sorbate de potassium 0,1% , Benzoate de sodium 0,1% , Huile essentielle d'Eucalyptus 0,07% , Huile essentielle de Myrte 0,07% .

INGREDIENTS

Extrait de Propolis	Pur
Extrait d'Eucalyptus	Pur
Extrait de Coquelicot	OT 107049/FC39
Extrait de Tilleul	Pur
Extrait de Mauve	Em 07/2025 PPC 59,50
Extrait de Radis noir	Em
Huile essentielle d'Eucalyptus	Exp
Huile essentielle de Myrte	Ded

ENROUEX® possède des propriétés expéciates antiseptiques et désinfectantes .

ENROUEX® est une association synergique essentielles bénéfiques pour les irritations de la ENROUEX® est un produit d'appoint pour les Conseils d'utilisation :

Adulte et enfant à partir de 5 ans .

Agiter avant utilisation .

1 à 2 cuillerées à café à prendre 3 fois par jour .

Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé , il doit être utilisé da

ENROUEX® 125 ml



6 111255 810406



Cor
à l'
de i
NE I
NI A
AMM

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV.: 60,00 DH
6 118000 190097

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

D-CURE® 1000 mg



AMM N°03 DMP/21