

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040676

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 16/08/72

Adresse : habituelle

Tél. : 0662100580 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 : Casablanca Le : 30 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 13/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 12/04/2023 : من
au : 12/04/2023 : إلى

المُرسل إليه
Destinataire
EL MECHRAFI AZIZA

Veillez 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
116378430	28/03/2023	PH	PHARMACIES D	313,10	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	12/04/2023	50,05
116378430	28/03/2023	CS	OFFICINES GYNECO OBSTETRIQUE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	12/04/2023	115,50
116378430	28/03/2023	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	200,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	12/04/2023	154,00
116378429	31/03/2023	CS	OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	12/04/2023	115,50
116378429	31/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	78,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	12/04/2023	0,00
Total remboursé											435,05
Total général remboursé											435,05

- 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

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 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 الإجتماعي 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 بظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

0262 100580



الضمان الاجتماعي
NOSHI TALCH
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

* موافقة مسبقة

Entente préalable *

* تنفيذ

Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. : 610-1-03 مرجع رقم

Ref. ANAM 1.20.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL DECHRAFI ABILA : الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1151415012333 : رقم التسجيل :

N° CIN : 1121143131-1-1-1 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوجEnfant ☐ ابنAdresse : 123 Rue Mon ELWAST, LES SOUSCAT. B 219 : العنوان :
BOURBOURNE CASA

Montant des frais : Dhs. : مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : : تاريخ الإزدياد :

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ☐ ذكر F ☐ أنثى : الجنس * :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant
الطبيب المعالجEtablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : Oui ☐ Non ☐ : قبول المرض المزمن * :

N° dossier ALD : : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : : رمز المرض المزمن :

Maladie* ☐ مرض *Hospitalisation* ☐ استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

أشهد بصداقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus

أشهر بصداقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : 12/01/2012

Fait à : 12/01/2012

Le : 12/01/2012

Le : 12/01/2012

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

* اشطب الحالة المناسبة

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - ساحة داکار - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 2186 200 7200 / 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 2186 200 7200 / 080 200 7200 / 080 203 3333

0662 100580

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 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

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 للاستفادة 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.

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>120201</p> <p>REF: ANAM</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03</p>	
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>				
<p>الاسم العائلي والشخصي : EL MECHRAFI A223A</p>				
<p>رقم التسجيل : 123456789</p>				
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 123456789</p>				
<p>N° CIN :</p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>				
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>				
<p>Adresse : 123 RUE ABU EL WAD. LES SAHLENT. B 9119</p>				
<p>العنوان : BOULEVARD CASA</p>				
<p>Montant des frais : Dhs. درهم</p>				
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>				
<p>Nombre de pièces jointes :</p>				
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p>				
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI AAAA</p>				
<p>Date de naissance : 12/12/1980</p>				
<p>N° CIN : 123456789</p>				
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant : 091019448</p>				
<p>Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية</p>				
<p>Type de soins</p>				
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>				
<p>N° dossier ALD : 123456789</p>				
<p>Code ALD : 123456789</p>				
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>				
<p>Fait à : 12/12/2023</p>				
<p>Le : 12/12/2023</p>				
<p>توقيع المؤمن له</p>				
<p>Signature de l'assuré(e)</p>				
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>				
<p>Fait à : 12/12/2023</p>				
<p>Le : 12/12/2023</p>				
<p>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>				
<p>Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>				
<p>119, Bd El Anzarane - Maarif</p>				

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) sur la feuille de soins.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف 2186 - الدار البيضاء المحطة - ب. ب. 2186

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

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p>	<p>تاريخ الإيداع : 12/12/2023</p>
<p>Date de dépôt du dossier :</p>	<p>تاريخ الاستلام : 12/12/2023</p>
<p>Date d'arrivée :</p>	<p>Date d'arrivée :</p>

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك 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
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في امراض الاذن الانف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

31/03/2023

Madame EL MECHRAFI Aziza

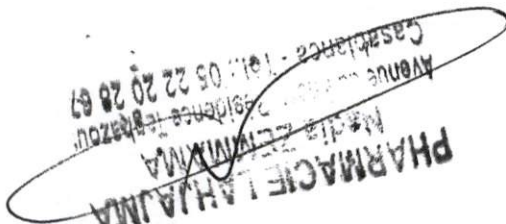
78.00

BETASERC

1 comprimé 2 fois par jour pendant 15 jours.



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



BETASERC 24 MG
CP B30



6 118000 012641