

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-809441

167627
Complémentaire
Kine

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 1878

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FATHI MUSTAPHA

Date de naissance : 15/04/1953

Adresse : 19 RUE DES FLAMANTS APPT 9
RIVIERA CASABLANCA

Tél. : 0622428931 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Naïm DIBIDI

Le :

10/07/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués

GM-10

Actes Paramédicaux

معلم المساعدون العلميون

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعدة الطبية Signature et Cachet du Paramédical
12/6/23	15/AMM 9+4		3000 -		<p>Nicola BENJADALLAH CHEIKH KINESITHERAPEUTE Q.E Résidence Mansour 31 BIA Tunisie TEL. 0522 2145 21 / 0522 27 46 13</p> <p style="text-align: center;">facture</p>
INPE et code à Barres 06610148056					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

logo-cnss

افادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

بريد كاش
BARIDCASH



Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 083949 رمز الوكالة :

Numéro dossier



12933066

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom	NAIMI ZOUBIDA	الاسم العائلي والشخصي
N° d'immatriculation	152654045	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	NAIMI ZOUBIDA	الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT	نوع الملف
Date/heure de dépôt	13/06/2023 10:26	تاريخ ووقت الارسال
Date de soin	2023-05-10	تاريخ العلاج
Montant des frais de soins	3000 DHS	مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous
informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS
pour traitement.

سيدي، سيدتي،
لقد توصلنا بملفك. نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS),

la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

في إطار تعليم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

بتجميع معلوماتكم الشخصية اللازمة لمokinكم من الاستفادة من هذه التغطية.

معالجة معلوماتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية ل ERAFIE حماية المعلومات ذات الطابع

الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021

يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعه من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى الإدارات و الشركات وفقاً لطلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم في اللوائح والتصریح والتعریض، وفقاً لمقتضیات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم الى البريد

الالكتروني reclamation.pdcnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "لو ضمان" التابع للصندوق

الوطني للضمان الاجتماعي على الارقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي

لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني

للسازمان على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

للمزيد من المعلومات ولتنبيه معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الالكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما عدا خطأ أو نسخة



**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 :

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	152654045	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 21/06/2023	: من	
au : 21/06/2023	: إلى	

Destinataire	
NAIMI ZOUBIDA	

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية المرجعية	المعامل	الكمية	أصل 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
NAIMI ZOUBIDA											
129330066	10/05/2023	AMK	Clinique Privée	3000,00	50,00	1,00	15,00	750,00	85,00	21/06/2023	637,50
Total remboursé											637,50
Total général remboursé											637,50

- 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/Portal/
« 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 بالمحبب الآتي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال الى الضمان على الأرقام

Ordonnance

Nom & prénom :

Naimi Nabiha

- Lettre de l'agent

- 20 N° de l'agent de sécurité
Gabel

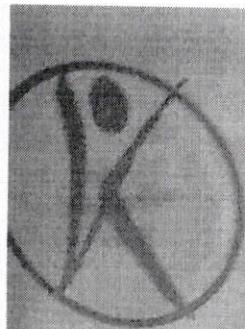
buste à caractère

Lettre int. Télupe sécurité

Najel

meyer

Nicolas DENARDALLAH CERHILI
KYMESITHRAPHAUTE DE
Rabat - Casablanca
Toujoute Bourgogne
Tel. 0522 22 33 11 44 22 17 48 13



جامعة الملك عبد الله

Comments

FACTURE 005-0623

Patient : Mrs. NALINI DASGUPTA

Medecin traitant : Dr.				
ACTES	CODE	NSC	Prix	Taxe
Séances de Rééducation Fonctionnelle	ANM 904	IS	200,00	200,00

Afin de la pousser davantage à la sécurité de l'usage des dérivés.

16-1 PRELIMINARY
UNSA 562383
INFO 030000Z



الناظور من الطيف المعالجات الكهربائية بدرا
KINESITHERAPIE ELECTROTHERAPIE BADR

Annonce publicitaire - Publicité - Publicité - Publicité

Casablanca, le 12-06/2023

Soussigné, Mme BENABDALLAH AICHA CHEBIHI kinésithérapeute
sise au 32, bd AIN TAOUJTATE résidence MAMOUNE Bourgogne.

Que : Mme. NAIMI ZOUBIDA
a effectué 15 séances de rééducation fonctionnelle dans notre centre dans les
dates qui suivent :

1-11/05/2023
2-13/05/2023
3-15/05/2023
4-17/05/2023
5-19/05/2023
6-22/05/2023
7-24/05/2023
8-26/05/2023
9-29/05/2023
10-31/05/2023
11-02/06/2023
12-05/06/2023
13-07/06/2023
14-09/06/2023
15-12/06/2023

Cette attestation est délivrée à l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

Aicha BENABDALLAH CHEBIHI
KINESITHERAPEUTE D.E.
Résidence Mamoun 32, Bd Aïn Taoujtate Bourgogne
Tousfia - Casablanca - Casablanca
Tel: 0522 27 45 21 / 0522 27 48 13

06 61 20 03 35 - 05 22 27 48 13 / 05 22 27 45 21 - 05 22 27 48 13 - 06 61 20 03 32
Résidence Mamoun 32, Bd Aïn Taoujtate Bourgogne - Casablanca 20050 - Tel: 05 22 27 45 21 / 05 22 27 48 13 - GSM: 06 61 20 03 32
I.F.: 40503803 - Patente: 35600768 - E-mail: kinesbadri@yahoo.fr