

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

N° W21-809783

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9378

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bziori Maâel

Date de naissance :

16/01/1968

Adresse :

0661357688

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

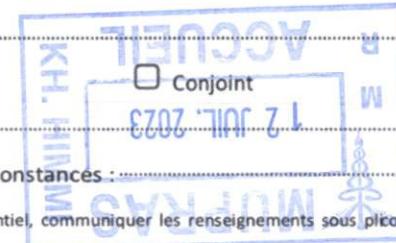
Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

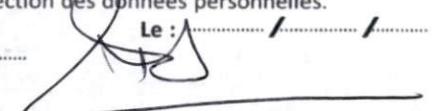
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent conseil de la Mutuelle.



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 : 11/07/2023 Le :

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 : 0522 54 86 73

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 103845354 رقم التسجيل  
Règlements de la période 30/05/2023 : من  
du : 30/05/2023 : إلى  
au : 30/05/2023

Destinataire

BOUDINAR AMAL

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 المصاريف	التعريفة 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
BOUDINAR AMAL											
131097268	18/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	202,30	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	30/05/2023	28,63
131097268	18/05/2023	C		150,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	30/05/2023	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 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](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

للزيادة من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالجيب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BOUDINAR Amal : الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 110518455354 : رقم التسجيل :

N° CIN : BJ 6379140 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : Lotissement Flora 9, R 220 Rue 87, Sidi Omer العنوان :

Montant des frais : 350.300 Dhs. : مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BOUDINAR AMAL : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 1981-05-11 : تاريخ الازدياد :

N° CIN : 111111111111111111 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M  ذكر F  أنثى : الجنس\* :

INPE et code à Barres\*\* : INP : 91053991 : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر\*\*

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

نوع العلاجات\*

Hospitalisation  إستشفاء Maternité  أمومة Accident  حادثة Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Le : 11-11-2018 : ب : في :

Fait à : Le : 11/11/2018 : ب : في :

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

Doctor EL JABIRI M.D.  
Médecin Généraliste

\* 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

الصادر عن لجنة للمصان الاجتماعي - شاختة مهار - الدار البيضاء من - 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone 080 203 3333

Tel : 06 70 60 33 27 - 05 22 97 37 25

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
18 05 2023		C 8	150,00	Doctor EL JABIR M. Médecin Généraliste N° 118 Lot A Souarissa Sidi Maârouf - Casa 1.0070000000000001 - 01/22/97 37 25
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM - 10

عمليات المساعدين الطبيين

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des 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
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE  
D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

ورة الجابري مينة

الطب العام

وم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 18/05/23 ..... الدار البيضاء, في :

ORDONNANCE

Boudinar Amal

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Al sebââ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70 DH

6 116000 060536

AXIMYCINE® 140  
PPV 64DH10  
2

LOT 220104  
2025/03  
PPC : 89,50 DH

48.70  
1. Solupred doux S.V  
3cp/1J 15J

64.10 S.V  
Aximycine 1g  
1cp x 2 J 1/7 J

89.50 S.V  
Aptasol spray  
1pul x 2 J

202.30

Docteur EL JABIRI Mina  
Médecin Généraliste  
N° 119 Lot Al Adarissa  
Sidi Maârouf - Casa  
06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25

06 70 80 39 37 - سيدى معرف 06 70 80 39 37 - الهاتف: 05 22 97 37 25 / المحمول : 05 22 97 37 25  
N°119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 8

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحيائية، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
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	
18/05/2023	₾ 202.30	PHARMACIE AL ABE 48, Lot ESSALAMA, SIDI MAAROUF CASABLANCA Tél : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86	
INPE et code à Barres			
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