

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 040678

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADUAME MOSTAFA

Date de naissance : 13/07/2023

Adresse : habituella

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 : Cas Le : 13/07/2023

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 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 14/05/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 154502333

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 12/05/2023 : من
au : 12/05/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

EL MECHRAFI AZIZA

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	التعريفية 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											
114701466	13/04/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	12/05/2023	115,50
114701466	13/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	162,30	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	12/05/2023	124,97
Total remboursé										مجموع مبلغ التعويض	240,47
Total général remboursé										مبلغ التعويض الاجمالي	240,47

- 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

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

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 المرسل 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 يظل 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>الضمان الإجتماعي C.N.S.S. 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>Ref: ANAM 1.202.01</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03</p>	
<p>N° Dossier :</p>				
<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI AZIZA</p>				
<p>N° Immatriculation : 151410123131</p>				
<p>N° CIN : 1-2114131-1-1</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 ABDELWAZIT, LES SAUNAT B, 2018 CASABLANCA</p>				
<p>Montant des frais : د. 1000 Dhs.</p>				
<p>Nombre de pièces jointes : 1</p>				
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p>				
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI AZIZA</p>				
<p>Date de naissance : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</p>				
<p>N° CIN : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</p>				
<p>Sexe : M ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/> F</p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant</p>				
<p>Etablissement de soins</p>				
<p>Type de soins</p>				
<p>Admission ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>				
<p>N° dossier ALD : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</p>				
<p>Code ALD : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</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-dessus.</p>				
<p>Fait à : Casablanca</p>				
<p>Le : 15/10/2013</p>				
<p>توقيع المؤمن له</p>				
<p>Signature de l'assuré(e)</p>				
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>				
<p>Fait à : Casablanca</p>				
<p>Le : 15/10/2013</p>				
<p>توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>				
<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>				

* 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.

دار المؤمن - ساحة دكتور - الدار البيضاء من. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

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

<p>توقيع وطبيب 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>Date de dépôt du dossier : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</p>	<p>Date d'arrivée : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1</p>

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

OPHTHALMOLOGISTE

أمراض العيون

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Marseille

خريج كلية الطب بمرسيليا

امراض وجراحة العيون

13 avril 2023

Casablanca le : الدار البيضاء في

Mme EL MECHRAFI Aziza

 54.40×3

LARMABAK COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

123

~~Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Residence
Taghazout - Casablanca
Tel. 05 22 29 35 64~~

1. 002211 51. 000000
0. 000000 51. 000000
7. 000000 51. 000000
0. 000000 51. 000000

7, زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف 0522.27.49.95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI