

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M22- 0010913

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FASSI F.H.R.I. MOHAMED

Date de naissance : 08/10/1959

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : 07/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

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

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BOUZIANE Badia	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 129879030	رقم التسجيل :
N° CIN : 8422054	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 24 Rue Salongue Casablanca	العنوان :
Montant des frais : 524,49 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 5	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 الميلاد :
N° CIN :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :

INPE et code à Barres**

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشر

Dr. Bensghir Imad Omnipraticien INPE:091263491	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	إستشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصحب بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :	ب :	Fait à :	ب :
Le :	في :	Le :	في :
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins INPE:091263491	

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أنشط الخانة المناسبة

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

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



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 : أصدر ب
Le : 09/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 نحة

N° d'immatriculation 129879030 رقم التسجيل

Règlements de la période

du : 09/06/2023 : من
au : 09/06/2023 : إلى

أداءات الفترة

Destinataire

سل إليه

BOUZIANE BADIA

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	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ تعويض
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	Monta rembou
BOUZIANE BADIA											
102352026	28/03/2023	PH	PHARMACIES D	244,10	0,00	1.00	5,00	0,00	0,00	09/06/2023	13C
102352026	28/03/2023	ECHO	OFFICINES Polyclinique CNSS	200,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70,00	09/06/2023	14C
102352026	28/03/2023	PSA	Polyclinique CNSS	160,39	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	09/06/2023	11C
102352026	28/03/2023	C	MEDECINE GENERALE	120,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	09/06/2023	5C
Total remboursé											43
Total général remboursé											43C

مجموع مبلغ التعويض

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

من المعلومات:

جى زيارة موقعنا الإلكتروني
البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
تطبيق الهاتف

الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

MAS



Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) : BOUZIANE BADI Numéro d'immatriculation : / / / / / / / / / / Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) : Date de naissance du bénéficiaire : / / / / / / / / / /	Nom et prénom du médecin traitant : INPE et code à barres : Dr. Bensghir Imad Omnipraticien INPE: 091263491 / / / / / / / / / /
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Date de la consultation **28/04/2023**

Diagnostic et motif des soins :
Colique Néphrétique

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :
peuria (Antalgique + Antispasmodique + IPP)
KS

Résultats des bilans para cliniques :
tu de sortie

Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	28/04/2023	/ / / / / / / / / /

Fait à : **CS** Le : **05/05/2023**
 Signature et cachet du médecin traitant
 Dr. Bensghir Imad
 Omnipraticien
 INPE: 091263491

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

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP: 1378729	N° SEJOUR: 230040221	FACTURE N° 2305011648		DATE D'ENTREE: 28/04/2023	DATE DE SORTIE: 28/04/2023
ASSURE:		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S.: N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE: N° SE. SOC. ETRANG.:		DESTINATAIRE: BOUZIANE, Badia	
MALADE: BOUZIANE, Badia					
NOM JEUNE FILLE:					
TIERS PAYANT 1:					
TIERS PAYANT 2:					
REF. PC 1:		REF. PC 2:			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				44.53					0.00	44.53
FOURNITURES MEDICALES				3.36					0.00	3.36

Intervenant: M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX:	280.39						280.39
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUATRE-VINGT DHS ET TRENTE NEUF CENTIMES		PLAFOND PC:					ACOMPTE:	
		REMISE:	0.00	REGLE:			AVOIR:	
		RESTE D:						
DATE FACTURE: 28/04/2023	EDITEE LE: 28/04/2023	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL N° DE POLICE:					
VISA			Règlement à encaisser à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



1378729	N° SEJOUR: 230040198	FACTURE N° 2303015287		DATE D'ENTREE: 28/04/2023		DATE DE SORTIE: 28/04/2023				
BOUZIANE, Badia		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE: BOUZIANE, Badia						
N° IMMAT C.N.S.S.:		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:								
REF. PC 2:		N° SE. SOC. ETRANG.:								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 %/ Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 %/ Dh MONTANT		PART DU MALADE %/ Dh MONTANT	
RADIOLOGIE GRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE				TOTAUX:	200.00					200.00
présente facture à la somme de :				PLAFOND PC:					ACOMPTE:	
CENTS DHS				REMISE:	0.00	REGLE:	200.00		AVOIR:	
FACTURE: 28/04/2023				EDITEE LE: 28/04/2023	PAR: KARIM	DATE AT:				
				ACCIDENT:						
				N° DE POLICE:						
				Règlement à effectuer à l'ordre de:	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
				BANQUE:	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire:	011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 28/04/2023

Patient (e) : BOUZIANE BADIA

Prescripteur : DR BENSCHIR

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT:

Foie homogène de taille normale de contours réguliers sans lésion focale décelable.

VB libre, à paroi fine.

VBIH et VBP non dilatées

TP perméable de calibre normal

Uréterohydronéphrose droite modérée sans obstacle échographiquement décelable.

Rein gauche en place de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico sinusale sans dilatation des cavités excrétrices.

Rate et tête du pancréas homogènes de volume normal.

Absence de masse ou de collection abdominale.

Vessie vide .

Absence d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION :

Aspect échographique de syndrome obstructif rénal droit.

Cordialement
DR HASSEN.S

DR HASSEN Samah
RADIOLOGUE
INPE: 091186148

28/04/23

NOM DU MALADE

Bouriane Badia

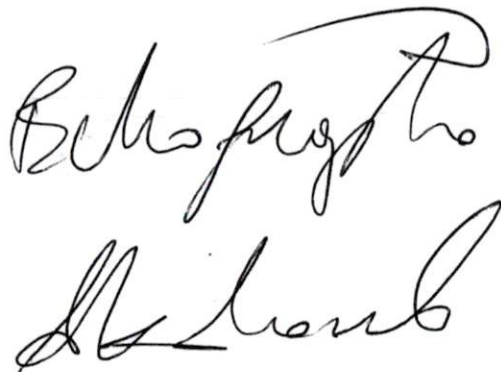
N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Colique Néphrétique



Examen demande



Dr. Bensahir Imad
 Cachet du médecin
 Omnipraticien
 INPE: 091263491