

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

- 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° W21-807089

172510

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13334 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FASU Farid
 Date de naissance : 15/11/1996
 Adresse : Hay Laqlak Meriem Bloc C NR215 Benslimane
 Tél. : 0664.03.0966 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 ☐ 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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

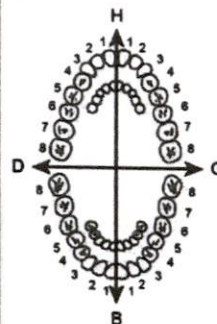
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

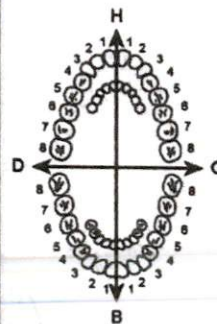
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins par personne et par

soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
médicales, factures,...)

prénom de la personne soignée
portés par les praticiens eux mêmes
feuille de soins.

ances transmises doivent être
es des codes à barres des
s achetés.

e soins ainsi que les pièces
doivent être présentées à la CNSS
x mois qui suivent le premier acte
s'il ya traitement médical continu.
ier cas, le dossier doit être présenté
nte (60) jours qui suivent la fin du

ement des frais engagés sera
base de la tarification nationale de

stations ne peuvent donner lieu au
nt que suite à accord préalable.
dernières est disponible auprès de
CNSS.

is aux accidents du travail et
essionnelles ne sont pas couverts.

le coupable de fraude ou de fausse
ur obtenir des prestations qui ne
est passible des sanctions légales
res.

de remboursement prise par la
ordonnée au respect des conditions
s et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالسبب لكل مرض ولكل 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 والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ
أول عملية طبية ما عدا في حدود شهرين 60 يوما من
انتهاء العلاج

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات 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 والأمراض 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

توقيع وطابع الوكالة
et signature de l'Agence

urgent

ssier : تاريخ الایداع

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Date d'arrivée : تاريخ الإستلام



ورقة العلاجات المتعلم بالمرض

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable*

تنفيذ
Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-02

Ref: ANAM 1.201.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : NOKRY AYOUN

N° Immatriculation : 169897915

N° CIN : 141290616

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
بلاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☒ ابن

Adresse : 44 LALA Meriem 1 Bloc C NR 85 Benslimane

Montant des frais : 10.12 Dhs

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : MAHAMED LAID

Date de naissance : 11/11/1981

N° CIN : 1111111111

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات

Hospitalisation ☐

استشفاء

Maternité ☐

أمومة

Accident ☐

حادثة

Maladie ☒

مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

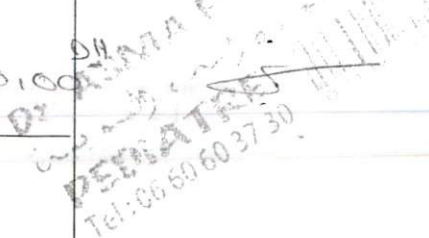
Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

أصر بمصداقية وصحة
المعلومات المذكورة أعلاه

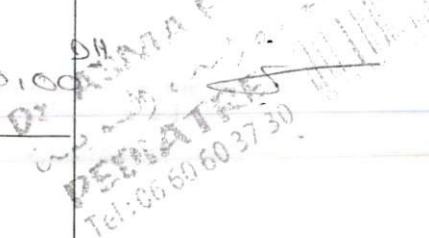
Fait à :

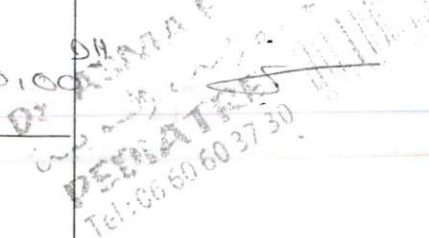
Le :


توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

des actes effectués					وصف العمليات المجرة	
تاريخ Date	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant		
123		CS	250,00			
à Barres						
à Barres						

CIM-10

amédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ Date	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
à Barres						
à Barres						
à Barres						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء, الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

رد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/07/23	762,00 04	
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



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 : 11/08/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 169897910

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 11/08/2023

من

au : 11/08/2023

إلى

Destinataire

المرسل إليه

NOKRY AYOUB

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- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
NOKRY MOHAMED ZAID											
116864588	17/07/2023	PH	PHARMACIES D	762,00	0,00	1.00	3,00	0,00	0,00	10/08/2023	227,50
116864588	17/07/2023	CS	OFFICINES PEDIATRIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	10/08/2023	105,00
116864587	16/06/2023	CS	PEDIATRIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	10/08/2023	105,00
116864587	16/06/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1073,00	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	10/08/2023	574,70
Total remboursé											1012,20
Total général remboursé											1012,20

- 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

Dr. Asma ESSOUBA
Pédiatre



الدركتور أسماء السويبة
طبيبة الأطفال

- Néonatalogie
- Vaccination
- Echographie
- Asthme
- Allergie diabète
- Maladies dermatologiques, infectieuses et respiratoire
- Urgence

- طب المواليد الجدد، الرضع والأطفال
- تلقيح
- تتبع النمو، الحساسية، الربو، السكري
- الأمراض الجلدية، التنفسية، التنفسية
- القحص بالمسدي
- مستعجلات

Casablanca le: 17/07/2023

Nskry Mohamed toud

98.00 DH

3mois 6kg 165

1- Pedialid nez - gorge

108 x 205

325.00 DH

2- Zinfenrix hexa

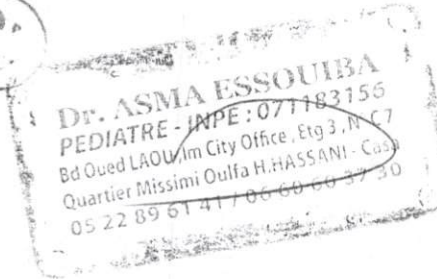
252 DH

3- Rotarix

87.00 DH

4- Dermofix

TOTAL = 762 DH



عمارة سيتي - أوفيس، الطابق الثالث، رقم C7 (أمام مرجان - ماكدونالدز الحي الحسنبي) حي مسيسي الولفة
الحي الحسنبي - الدار البيضاء

Imm City Office, 3ème Etage N° C7 (En face Marjane et Mc donald's Hay Hassani) quartier missimi
Oulfa Hay Hassani - Casablanca

☎ 05 22 89 61 41 ☎ 06 60 60 37 30 ✉ cabinetasmaessouiba@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc :
Aïn El Aouda,
Région de Rabat

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 325,00 DH

ID: 040047

118001140718

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance

1 dose (1.5 ml)
1 dosis (1.5 ml)
1 tube
1 tubo

Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 252,00 DH
ID: 651054
118001142361

Rotavirus
Usage pédiatrique
Orale/ Vía oral
/ Ne pas injecter



3 700225 602023 >



040047/01

BATCH: 092842
MFD: 28/06/2021
EXP: 06/2024

Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 24025