

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.

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

172510

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : 18335		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : FASU Farid			
Date de naissance : 15/11/1996			
Adresse : Hay Laâla Héron Bloc C N°215 Casablanca			
Tél. : 06 66 03 09 66		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

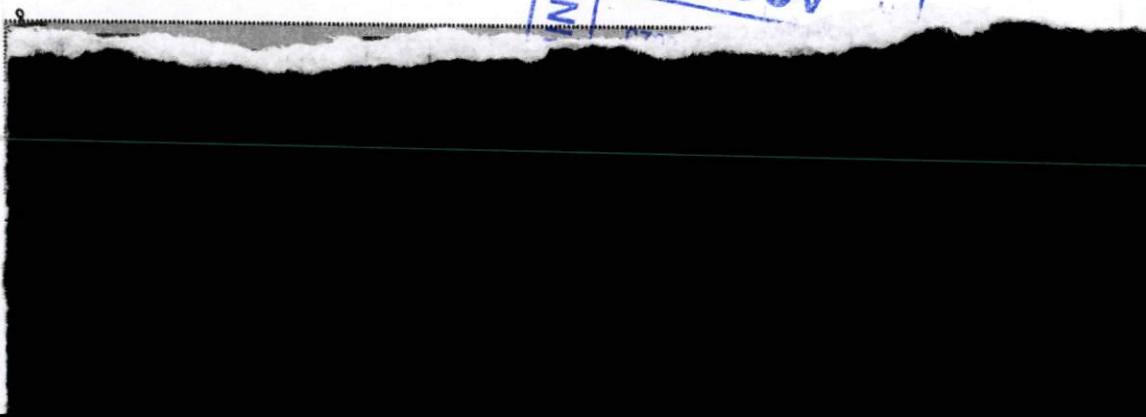
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans 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) :

ACCUEIL C. N. MUPRAS 25 AOUT 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="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

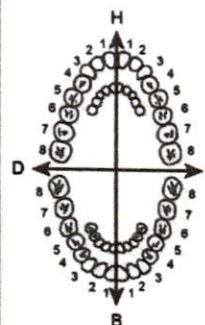
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

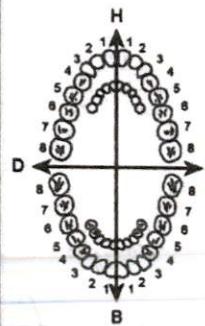
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

B

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

feuille de soins par personne et par

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

renom de la personne soignée portés par les praticiens eux mêmes ouille de soins.

ances transmises doivent être es des codes à barres des 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. cas, le dossier doit être présenté (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 sionnelles ne sont pas couverts.

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

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

توقيع و طابع الوكالة
et signature de l'Agence

urgent

تاریخ الایداع

تقديم ورقة العلاجات بالسبيل لكل مرض وكل حدث

يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية وصفات طبية فواتير

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

يجب ارفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشارة

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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات 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

خاص بـ مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Date d'arrivée :
Tariq al-islam :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقاً مسبقاً *
Entente préalable*

تنفيذ *
Exécution*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : *NO KRY AYOUNI*

N° Immatriculation : *169897915*

N° CIN :

T418915616

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : *Hay LALA Meriem 1 Bloc C NR 65 Ben Slimane*

Montant des frais :

10.16 Dhs

مبلغ المصروف

عدد الوثائق المرفقة

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

إسم العائلي والشخصي

لإسم العائلي والشخصي

تاريخ الإزدياد

رقم بطاقة التعريف الوطنية

الجنس *

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

نوع العلاجات*

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

Fait à :

Le : ب في

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : ب في

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أصرح بمصداقية و صحة
المعلومات المذكورة أعلاه

ب في

o des actes effectués

ن قا les	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
123		CS	250,00 01	Dr. M. A. F. PERINATIS Tel: 06 60 60 37 30
à Barres	1_1_1_1_1_1			
à Barres	1_1_1_1_1_1			

وصف العمليات المحايدة

عمليات الاحياء، الاشعة و الصود

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الحياتية، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الحياني Signature et Cachet du Radiologue Biogiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

يد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

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 : 610-2-06

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 169897910 رقم التسجيل
Règlements de la période 11/08/2023 أداءات الفترة
du : 11/08/2023 من
au : 11/08/2023 إلى

Destinataire

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
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أصلن 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
NOKRY MOHAMED ZAID											
116864588	17/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES PEDIATRIE	762,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	10/08/2023	227,50
116864588	17/07/2023	CS	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						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
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 له
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالشجب الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الصان على الأرقام

Dr. Asma ESSOUIBA
Pédiatre



الدكتورة أسماء السويبة
طبيبة الأطفال

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

- طب الموليد الجدد، الرضع والأطفال
- تغذية
- تتبع النمو، الحساسية، الربو، السكري
- الأمراض الجلدية، العفنية، التنفسية
- الفحص بالصدى
- مستجلات

Casablanca le: 17/07/2023

Nskry Mohamed taw

3misi 165

98,00 Dhs

1- Pediatrie nes - gng x
108 x 3 = 324

5%

325 Dhs

2- Enfenzrix hex x

5%

252 Dhs

3 - Ritalin x

5%

87,00 Dhs

4 - Dermo fix

Dr. ASMA ESSOUIBA
PEDIATRE - INPE : 071183155
Bd Oued LAOU, Im City Office, Etg 3, N° C7
Quartier Missimi Oulfa H.HASSANI - Casablanca
05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30

Dr. ASMA ESSOUIBA
PEDIATRE - INPE : 071183155
Bd Oued LAOU, Im City Office, Etg 3, N° C7
Quartier Missimi Oulfa H.HASSANI - Casablanca
05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30
Ahmed Dali
PHARMACIE ARRAFA
66, Allée des CASURRIAS - Alm. Séba - Casablanca
(Fees Clinique) Tel: 05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30
Email: cabinetasmaessouiba@gmail.com

عمارة سيفي - أوفيس، الطابق الثالث ، رقم C7 (أمام مرجان - ماكدونالز الحي الحسني) حي مسيسي الولفة
الحي الحسني - 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

laxoSmithKline Maroc :
in Aouda,
Région Rabat

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:325,00 DH
118001 140718

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

* 4 5 4 3 8 0 3 *

3 700225 602023 >

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

1 dose (1.5 ml)

1 dosis (1.5 ml)

1 tube

Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le

ID:651054
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:252,00 DH
6 118001 142361

rotavirus
Usage pédiatrique
orale/ Via oral
/ Ne pas injecter

Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.

6 118000 24025