

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2504

Société : A77307

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FERIATI

ABDellah

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : LOT Yakkaka 99 route ASAH Manach

Tél. : 066.114.92.94

Total des frais engagés : 215,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hicham OUELD BAAL
Anesthésiste - Réanimateur
Directeur Médical
INPE : 01151974

Date de consultation : 1/1/2019

Nom et prénom du malade : Kris Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Etat de stress psychologique

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 : Manach Date : 03-01-2019

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL
03-01-2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0051823

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2504

Nom de l'adhérent(e) : Kris

Total des frais engagés : 215,00

Date de dépôt :

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
15/09/2023			400/1000	ELD BAALI Hicham OUED REANIMATEUR Anesthésiste Directeur L'Aéroport Marrakech INPE:0111151974

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Cyprès N° 127, Lot Mabrouka Marrakech Tel : 05 24 43 02 03	15-09-23	865,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux

15-09-2023

URID

Anna

~~Velaxor 34,5mg~~ (5.1)

~~Tenad. 5mg~~ (5.1)

~~Médriz apia 5mg~~ (5.1)

~~Stilnox 10mg~~ (5.1)

~~maternet de trou de pois~~

Dr. El Bacham OUEBA
Anesthésiste Directeur d'animateur
APE 201151974
Marrakech

Pharmacie les Cyprès
N° 127, Lot Mabrouka
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°:

Date: _____

15/9/2023

FACTURE N°0009007

Doit : KRIS ANINA

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
FLAXER 37,50 mg	3	79,80	239,40
TERESA 2,1 mg	3	29,80	88,40
Medicapine	1	167,40	167,40
Trilamix	3	56,60	169,80
/			
Pharmacie les Cyprès N° 127, Lot Mabrouka Marrakech Tél : 05 24 43 02 03			
Pharmacie les Cyprès N° 127, Lot Mabrouka Marrakech Tél : 05 24 43 02 03			

Réglé par :

TOTAL H.T.	1000
T.V.A.....%	15
T.T.C.	665,10



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

DAMANE CASH
BMCE GROUP

Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 800020 رمز الوكالة :

Numéro dossier



116926917

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom : FERIATI KAOUTAR
N° d'immatriculation : 100481276
Nom et prénom du bénéficiaire : FERIATI KAOUTAR

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :
الاسم العائلي والشخصي للمستفيد :

Informations sur le dossier

Type dossier : DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt : 15/09/2023 18:31
Date de soin : 2023-09-13
Montant des frais de soins : 579.20 DHS

معلومات عن الملف :
نوع الملف :
تاريخ ووقت الایداع :
تاريخ العلاج :
مبلغ تكاليف العلاج :

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous
informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS
pour traitement.

سيدي، سيدتي،
لقد توصلنا بملفك. نخبركم أنه ستم إحالته على مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS),

في إطار تعليم التقنية الاجتماعية والصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

بتجميع معلوماتكم الشخصية الازمة لمكينكم من الاستفادة من هذه التقنية.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

معالجة معلوماتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعلومات ذات الطابع

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcp@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

الإدارات و الشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

للممارسة حقوقكم في الالتجاع والتصحيف والتعريض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdcp@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "ألو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

للممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، يمكن الاطلاع على الدليل العملي للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
 Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
 Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° 21 558 / 2023 du 15/09/2023

Nom patient	KRID AMINA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	15/09/2023	15/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES	.			
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. OUELD BAALLAL HICHAM (reanimateur)	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS	Total général	400,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	400,00				400,00	0,00

Clinique l'Aéroport
Réception