

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

- 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.

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

N° W21-764757

178483

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4430

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés : 686,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : 41

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

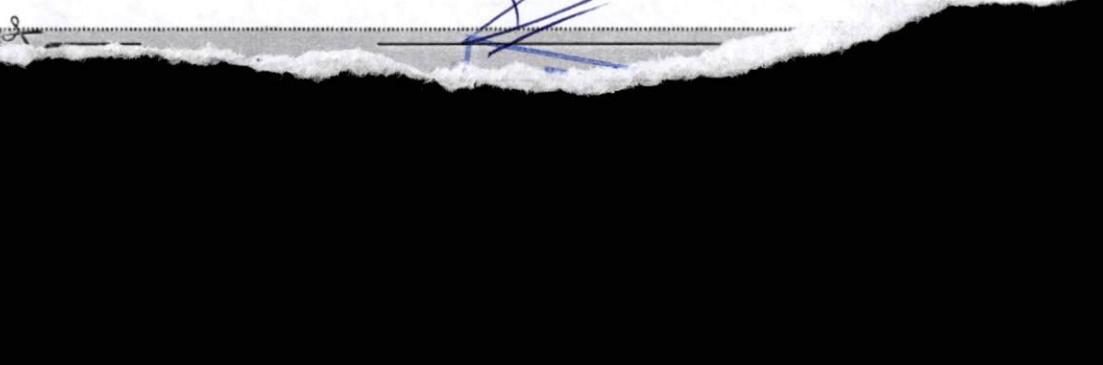
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 11/10/2023

Le : 11/10/2023



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

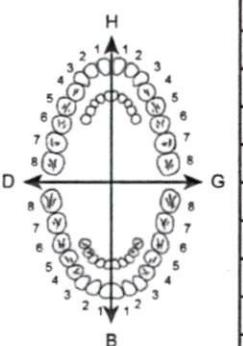
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

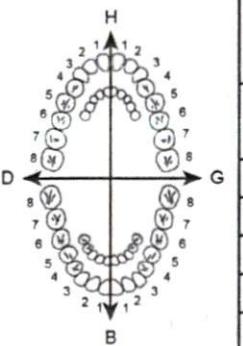
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....
.....
.....

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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 L'EXECUTION

Description des actes effectués

CIM-10

Actes Paramédicaux

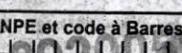
CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الأشعة و الصو

تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفترض Prix facturé	أموال معدن التجهيزات طبية Signature et Cachet des Fournisseurs des di
30.8.23.	834,00	1302273031 SOCIETE AL BOUTANE Casablanca Tunisie
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	

suivre

de soins par personne et par

loit être accompagnée de toutes tives originales (ordonnances s...).

de la personne soignée par les praticiens eux mêmes de soins.

transmises doivent être es codes à barres des tés.

ins ainsi que les pièces nt être présentées à la CNSS : qui suivent le premier acte y a un traitement médical emier cas, le dossier doit être oixante (60) jours qui suivent t.

nt des frais engagés sera de la tarification nationale de

ns ne peuvent donner lieu au e suite à un accord préalable. ières est disponible auprès de S.

aux accidents du travail et onnelles ne sont pas couverts.

upable de fraude ou de fausse btenir des prestations qui ne possible des sanctions légales

emboursement prise par la nnée au respect des conditions e ce qui précède.

توقيع و طابع الوكالة
et signature de l'Agence

gent :
تاریخ البداع :

توقيع و طابع الوكالة et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Date d'arrivée : تاریخ الاستلام :	

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة 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.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	* معاقة مسبقة Entente préalable *	* تنفيذ Exécution *
N° Dossier :	0667772339	

خاص بالمؤمن له (نها)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) *

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresss :
العنوان :
Montant des frais : درهم 684,000 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 04

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :
العنوان :
تاريخ الإيداع :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس : *

INPE et code à barres **
Médecin traitant
Etablissement de soins
الجنس :
M ذكر F أنثى

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :
رقم ملف المرض المزمن :
رمز المرض المزمن :
استشفاء *

Admission ALD : Oui Non
N° dossier ALD :
Code ALD :
Maladie* مرض

Hospitalisation* استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. شهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : في :
Le :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Dr. ABDI BENE

Medical Generaliste
Chirurgien Médecin de l'adulte
Néurochirurgien
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2184 Casablanca Téléphone : 052 201 910 25 055 Casablanca

* Cocher la mention siège pour chaque case
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) et le code de la carte d'assurance sociale
080 200 7200 / 080 203 333
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2184 Casablanca Téléphone : 052 201 910 25 055 Casablanca

Dr. ABDI BENE
Medical Generaliste
Chirurgien Médecin de l'adulte
Néurochirurgien
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2184 Casablanca Téléphone : 052 201 910 25 055 Casablanca

Dr. ABDI BENE
Medical Generaliste
Chirurgien Médecin de l'adulte
Néurochirurgien
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2184 Casablanca Téléphone : 052 201 910 25 055 Casablanca

Dr. ABDI BENE
Medical Generaliste
Chirurgien Médecin de l'adulte
Néurochirurgien
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2184 Casablanca Téléphone : 052 201 910 25 055 Casablanca

Dr. Adil BEKKALI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Sousse

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport

de la Faculté de Rennes:

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير
بالموجات فوق الصوتية من كلية مونبلييه
حاصل على دبلوم الطب الرياضي

GHANRAoui SANA
Casablanca, le 31-8-2023

22600 ~~42~~

As centra 10

५५

1160
B340 x

collected

~~the~~
03/26/99

5790 x 2

Allego como

agree = 31

1600
~~1550~~

34,02

~~Dr. ADM BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Goud
Tél 3000000 - Casablanca~~

إقامة النخيل، عمارة 5 الشقة 2، حي القدس، سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - المحمول : 07 62 76 58 06
Résidence Nakhil, Imm. 5 Appt N° 2 Hay Al Qods - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél / Fax : 07 62 76 58 06





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

	Emis à : Le : CASABLANCA 22/09/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
N° d'immatriculation Règlements de la période du : 22/09/2023 : من au : 22/09/2023 : إلى	Destinataire GHAMRAOUI SANAA		

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 استقدمنها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHAMRAOUI SANAA											
114698408	31/08/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	90,00	22/09/2023	72,00
114698408	31/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	534,00	0,00	1,00	8,00	0,00	0,00	22/09/2023	376,38
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
448,38											

- 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 »](http://www.cnss.ma/Portail/MaCNSS)
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 بالمجهب الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام