

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN KADOUR MOSTAPHA

Date de naissance :

03/06/1954

Adresse :

219, Rue SAAAL ABAAK ET G 2 n° 6
Casablanca

Tél. :

06 33 30 33 63 Total des frais engagés : 1429,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

OUADDES Fouzia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

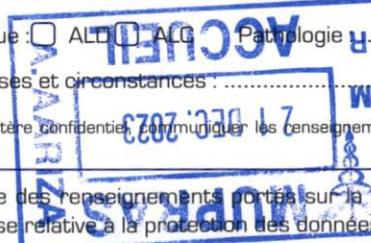
Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : R ACQUEL

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.

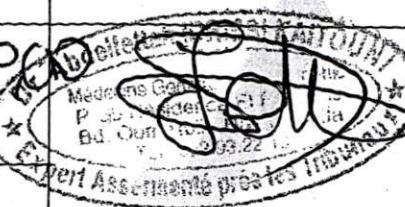
Fait à :

Le : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ben Kadour Mostapha

actes effectués

وصف العمليات المجرأة			
رمز العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
3	C	20000	
478470			

CIM-10

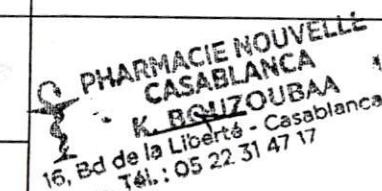
UX

عمليات المساعدين الطبيين				
رمز العمل Date des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزبونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16-10-23	1229,60	
INPE et code à Barres		
092045483		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

Réf : 610-2-102 مرجع رقم :



رمز الوكالة : 009459

Numéro dossier



144033735

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom	OUDADES FOUZIA	الاسم العائلي والشخصي
N° d'immatriculation	160184117	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	OUDADES FOUZIA	الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT	معلومات عن الملف
Date/heure de dépôt	28/11/2023 14:43	تاريخ ووقت الاداء
Date de soin	2023-10-16	تاريخ العلاج
Montant des frais de soins	1429.6 DHS	مبلغ ككلية العلاج

Madame, Monsieur,

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

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي

رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الاداء

تاريخ العلاج

مبلغ ككلية العلاج

سيدي، سيدتي،

لقد توصلنا بملفك. تخبركم أنه سيتم 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),

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

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

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

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

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

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

Veuillez visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou le service d'appel aux numéros

في إطار تعليم التقاضية الاجتماعية و الصحافة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معلوماتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التقاضية.

معالجة معلوماتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل الجنة الوطنية لحماية المعلومات ذات الطابع

الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021 يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى الإدارات و الشركاء وفقا طلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم في الوجع والتضليل والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdc@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "لو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802007200 أو 0802033333

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

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما عدا خطأ أو نسيان

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

Dr. Abdelfettah IDRISI KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite-médicale pour permis de conduire



الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلل لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السياقة

الدار البيضاء، في:

Casablanca, le

16/10/23 Mme Oudades

27/10/23

14/10/23

284862

Depak

Fouz i4

113,30x2

500 Chrono

18 x 215

- Janumet 1000/50

18 x 2/18/10

284863

437,00x2
X 01
(un mois)

- Trigem 20mg ⑩

18 matin.

- Ocupyl Collyre

38/8

T = 1229,60

Sel

GH25B PO - 35 عمارة 3 - مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء

3, Imm PO : 35, GH25B, OP El firdaous - El Oufia - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : ikaitouni@hotmail.com



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 : Le : N° d'immatriculation Règlements de la période du : 04/12/2023 au : 04/12/2023	CASABLANCA 05/12/2023 رقم التسجيل أداءات الفترة : من : إلى	أصدر ب : بتاريخ : Destinataire OUDADES FOZIA	Page 1 / 1 الصفحة المرسل إليه
--	--	---	---	-------------------------------------

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العملية	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUDADES FOZIA											
144033735	16/10/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	1229,60	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	04/12/2023	813,12
144033735	16/10/2023	C		200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	04/12/2023	56,00
Total remboursé											
Total général remboursé											

- 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 بالسيجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال برمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام