

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01391

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUA LY Mohamed

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : Jmane californie, Saphir 4 Apt 18
Ain chock Casablanca

Tél. : 07.01.13.2.06.4 Total des frais engagés : 7.81.90.DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



**البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري**
Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
DIRECTION DE L'ASSURANCE
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مراجع رقم : 610-2-06

صفحة 1 / 1

N° d'immatriculation	183619729	رقم التسجيل	Destinataire
Règlements de la période		أداءات الفترة	ZIATT AMINA
du : 27/11/2023	: من	au : 27/11/2023	: إلى

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	المعلومات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	العامل	الكمية	أسفل 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
ZIATT AMINA											
144435861	26/10/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	531,90	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	27/11/2023	409,56
144435861	26/10/2023	CS		250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	27/11/2023	115,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
525,06											

- 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 بالمحبب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو المنسان على الأرقام

loit être accompagnée de toutes les originales (ordonnances,).

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

transmises doivent être les codes à barres des étés.

ainsi que les pièces
ent être présentées à la CNSS
s qui suivent le premier acte
l y a un traitement médical
lernier cas, le dossier doit être
soixante (60) jours qui suivent
ut.

ent des frais engagés sera
e de la tarification nationale de

ons ne peuvent donner lieu au
ue suite à un accord préalable.
nières est disponible auprès de
S.

aux accidents du travail et
onnelles ne sont pas couverts.

oupable de fraude ou de fausse obtenir des prestations qui ne possible des sanctions légales

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

توقيع و طبع الوكالة

Parte 2: [Introducción a la programación en Python](#)

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، ...).

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

للمشتراة

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يوماً) من انتهاء العلاج

سيتم تعويض المبالغ المصرفية على أساس التعرية الوطنية
المرجعية.

تعرّف بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنّة هذه الخدمات متوفّرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

لأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مفتوحة، سيعاقب طبقاً للمساءلة القانونية.

حق التغويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
غير باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

Date d'arrivée : _____ : تاريخ الاستلام :

N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (4)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : ZIATT Amina		الإسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : ١٩٨٣٦٩٤٢٩		رقم التسجيل :	
N° CIN : B 229963		رقم بطاقة التعرف الوطنية :	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	
		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : Grande Californie Captain apt 18 Sous-sol Almashk Etat Gouvernement			
Montant des frais :		Dhs. ٤٨١,٩٦	
Nombre de pièces jointes :		3	
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins : ZIATT Amina		تصريح الطبيب المعالج	
Nom et prénom : ZIATT Amina		المستفيد من العلاجات	
Date de naissance : ١٩٥٦, جانفي, ١٧		الإسم العائلي والشخصي :	
N° CIN : B 229963		تاريخ الإزدياد :	
Sexe * : ذكر <input type="checkbox"/>		رقم بطاقة التعرف الوطنية :	
INPE et code à barres ** : ٠٩٤٠٩٨٣٣٤		الجنس * : لرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفط **	
Médecin traitant : الطبيب المعالج		نوع العلاج : إقامة في المنشأة	
Type de soins		Type de soins : إقامة في المنشأة	
Admission ALD * :		Oui	Non
N° dossier ALD : ١١١١١١١١١١١١		Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	
Code ALD : Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *:		رمز ملحوظة التأمين : ٠٩٢٠٥٥٥٥٥٩٢١	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : Le : ١٩٨٣٦٩٤٢٩	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Signature de l'assuré (e) : ZIATT Amina		أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المكررة أعلاه	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou du Etablissement de soins			

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة	المبلغ المفوت Montant facturé	Signature et Cachet du Médecin traitant	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
	95,-	Dr. Al-Mourai Monhemmed	S	2023	26/10
INPE et code à Barres INPE-092048982					
INPE et code à Barres INPE-092048982					

CIM-10

Actes Paramédicaux

العمليات المساعدين الطبيين	المبلغ المفوت Montant facturé	عدد العمليات Nbre d'actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
INPE et code à Barres INPE-092048982					
INPE et code à Barres INPE-092048982					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	Signature et Cache ou Bio
INPE et code à Barres INPE-092048982				

تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	او معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet de Fournisseurs des dis
26/10/23	531.90	PHARMACIE DSS OUAZZANI Touba 18, Rue Bachir Yacoub El Manzour Dakar
INPE et code à Barres INPE-092048982		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 26 Octobre 2023

Mme ZIATT Amina



SYNTHEMEDIC
22 rue acubier houa al assam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg
Bte de 30
13916 DMP/21NRC P.P.W : 127.70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue acubier houa al assam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg
Bte de 30
13916 DMP/21NRC P.P.W : 127.70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue acubier houa al assam roches
noires casablanca
ATACAND

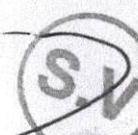
8 mg
Bte de 30
13916 DMP/21NRC P.P.W : 127.70 DH
6 118001 020539

- Atacand 8 mg 1cp/j
- D-Cur Fort 1amp/15 jour (3boites)

PHARMACIE DES PRELES
OUAZZANI Tchahar Karim
Jacoub El Magrouf Casablanca
Tél : 05 22 75 40 33



Traitement de 3 mois



6 118001 320103

Remboursable

6 118001 320103

Remboursable

6 118001 320103

Remboursable

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000
Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084
N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

20, زنقة فرنس فيل - وازيس - الدار البيضاء 20000

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 26 Octobre 2023

Mme ZIATT Amina

FACTURE N° 01411316/2023

Date	Désignation	QT	Montant
26/10/2023	Consultation Cardiologique	1	250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux cent Cinquante Dirhams (250,00 dhs)

Dr. Aminaoui Mohamed
20, Rue de France Ville Oasis - CASABLANCA
Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084
N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca