

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



193631

## Déclaration de Maladie

M23- N° 0037590

*Copier*

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ABOU DOU RACHA  
 Date de naissance : 3.4.1958  
 Adresse : Rue ABOU ANWAKI  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

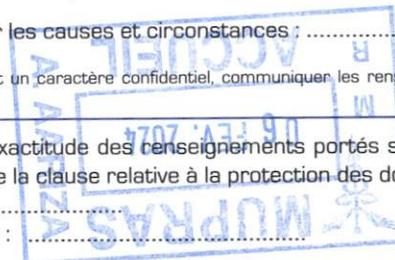
Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



0634096713

## suivre

de soins par personne et par

doit être accompagnée de toutes  
atives originales (ordonnances  
s...).m 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  
ernier cas, le dossier doit être  
ixante (60) jours qui suiventnt des frais engagés sera  
de la tarification nationale dens ne peuvent donner lieu au  
e suite à un accord préalable.  
ières est disponible auprès deaux accidents du travail et  
nelles ne sont pas couverts.pable de fraude ou de fausse  
tenir des prestations qui ne  
assible des sanctions légalesmboursement prise par la  
née au respect des conditions  
ce qui précède.

## 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية  
المشترقة.يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفه الوطنية  
المرجعية.تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.  
لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي.الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 الإجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Signature de l'Agence	Réservé à la DAMO
Date :	

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier :			
Parité réservée à l'Assuré(e)		ص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : ABDOU ELENA		إسم العائلي و الشخصي :	
N° Immatriculation : 1161630549		تم التسجيل :	
N° CIN : BK02240E		تم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		لاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : 127 Rue Abou Al Waqt Res. Dekkat 1stg. Boumerdes		العنوان :	
Montant des frais : 1.489,50 Dhs		بمبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : 1		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : ABDOU ELENA		إسم العائلي و الشخصي :	
Date de naissance : 18 08 1960		تاريخ الإزدياد :	
N° CIN : BK02240E		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر		F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى *	
INPE et code à barres **		رقم الوطني الاستدالي و الرقم المشفر **	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins			
Admission ALD * :		قبول المرض المزمن * :	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :	
Code ALD :		رمز المرض المزمن :	
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.		أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.	
Fait à : Casablanca		Fait à : Casablanca	
Le : 10/01/2024		Le : 10/01/2024	
توقيع المؤمن له		توقيع طالب العلاج أو المؤسسة الصحية	

actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
08101	C	2000	<b>Docteur TAHIRI Souad</b> Médecine Générale G7, rue Abou Al Waqf Khalaf CASABLANCA <i>Tahiri</i>		
03493					
Barres					
Barres					

CIM-10

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر 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					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
08101/2024	2000	<b>PHARMACIE MAHINA</b> <b>SOFIA KOUHEN</b> 4, Rue Ibnou Khafir (Ex Takato) Casablanca 20.23.59		
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	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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 15/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 161630549 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من : 15/01/2024 : إلى : 15/01/2024  
أداءات الفترة

المرسل إليه  
Destinataire  
ABOUDOU ELENA

Veillez 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  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	التعليقات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	مبلغ التعويض	
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- -sement	Taux de rembours- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé	
ABOUDOU ELENA												
112411968	08/01/2024	C	MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	13/01/2024	56,00	
112411968	08/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1289,10	0,00	1.00	13,00	0,00	0,00	13/01/2024	841,75	
<b>Total remboursé</b>										مجموع مبلغ التعويض		<b>897,75</b>
<b>Total général remboursé</b>										مبلغ التعويض الاجمالي		<b>897,75</b>

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام

**Docteur TAHIRI Souad**  
 Diplômée de l'Université de Montpellier  
 Médecine Générale  
 Echographie - Diabétologie  
 Diététique Médicale - Médecine du travail

الدكتورة طاهيري سعاد  
 خريجة جامعة مونبويولي  
 الطب العام  
 الفحص بالصدى - مرض السكري  
 الحمية الطبية - طب العمل

Casablanca, le : 08/01/2024 : الدار البيضاء

me  
 ABoudou Elena  
 178,70 x 3  
 Diamicron 60  
 Leptemur 03  
 43,30 x 2  
 Vepran 300  
 150,00 x 3  
 Leptemur 03  
 77,00 x 3  
 ANGLOR 10 mg  
 Leptemur 03

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
 60 comprimés

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
 60 comprimés

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
 60 comprimés

6 118001 130153

course 90 comprimés pelliculés  
 ADC® 1g.  
 Boîte de 90 comprimés pelliculés

6 118000 092469

**Vepran® 300 mg**  
 28 Comprimés

**Vepran® 300 mg**  
 28 Comprimés  
 pelliculés sécables SOTHEMA

6 118000 022930

**ANGLOR® 10 mg**  
 Amlodipine

**ANGLOR® 10 mg**  
 Amlodipine

**ANGLOR® 10 mg**  
 Amlodipine  
 30 comprimés

6 118000 042020

Docteur TAHIRI  
 Médecine  
 67, rue Abou  
 CAS

05 22 36 87 38 : الهاتف - الدار البيضاء - بوركون - زنقة أبو الوقت خلاف - 7  
 112, G 7 - Rue Abou Alwaqt Khalaf - Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05

119.10.

Risohel

Insufflation nasale  
à l'eau de mer 1 fois



81.00

De l'aspirine  
à l'heure le soir 1 fois



73.70.

Aspirine  
à l'heure 500 mg  
1 fois



PHARMACIE MARINA  
SCELA KOHEN  
Abou Jahir (B. Tarro)  
CASA BLANCA  
94.24.39

Docteur TAHIRI Souad  
Médecine Générale  
67, rue Abou Al Wasq Khalaf  
CASABLANCA

Tahiri

1289.50