

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

193631

Déclaration de Maladie

M23- N° 0037590

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU DOU Rachid

Date de naissance : 3-4-1958

Adresse : Rue ABOU ALWALID

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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

suivre

de soins par personne et par
doit être accompagnée de toutes
tives originales (ordonnances
s...).

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

s 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 suivent

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

aux accidents du travail et
nelles ne sont pas couverts.

pable de fraude ou de fausse
tenir des prestations qui ne
assible des sanctions légales

mboursement prise par la
née au respect des conditions
ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Signature de l'Agence

nt :

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة 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 التعريفية الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنحة 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.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

<p>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>ص بالمؤمن له (لها)</p>			
<p>Nom et prénom : ABOUDOU ELENA</p>			
<p>N° Immatriculation : 116163493</p>			
<p>N° CIN : BK02240E</p>			
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>			
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>			
<p>Adresse : 127 Rue Abou Al Wajd Res. Dekent 1stg. Boum</p>			
<p>Montant des frais : 1.489.50 Dhs</p>			
<p>Nombre de pièces jointes : 1</p>			
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>			
<p>Bénéficiaire de soins ABOUDOU ELENA</p>			
<p>Nom et prénom : ABOUDOU ELENA</p>			
<p>Date de naissance : 18 08 1960</p>			
<p>N° CIN : BK02240E</p>			
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p>			
<p>INPE et code à barres **</p>			
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>			
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>			
<p>N° dossier ALD : 116163493</p>			
<p>Code ALD : 116163493</p>			
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>Fait à : Carablanca</p>		<p>Fait à : Carablanca</p>	
<p>Le : 10/11/2024</p>		<p>Le : 10/11/2024</p>	
<p>توقيع المؤمن له</p>		<p>توقيع طبيب العلاج أو المؤسسة الصحية</p>	

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

CIM-10

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

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور			
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie		المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	
INPE et code à Barres			
INPE et code à Barres			

الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé
08101/2024	HARMACIE MAHMOUD SOFIA KOUHEN 4, Rue Ibnou el Jazir (Ex Taharou) Casablanca 2024.23.39
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	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
Le : 15/01/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 161630549

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

ABOUDOU ELENA

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 15/01/2024 : من
au : 15/01/2024 : إلى

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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 rembour- sement %	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
Total remboursé											897,75
Total général remboursé											897,75

- 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 بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان 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 مونبيلي
 الطب العام
 الفحص بالصدى - مرض السكري
 الحمية الطبية - طب العمل

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

me
 ABoudou Elena
 178.70 x 3
 Diamier 67/604
 Leptemur 03
 43.30 x 2
 Ados
 Leptemur 03
 150.00 x 3
 Vepran 300
 Leptemur 03
 77.00 x 3
 Anglor 10
 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

comprimés 10 comprimés pelliculés

ADON 1g
 Boîte de 90 comprimés pelliculés

6 118000 092469

Vepran® 300 mg

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.

- Rischel

Insufflation nas
le matin 1 fois



81.00

Reflexim 3
1 fois le soir 1 fois



73.70.

- Azix 500 mg
1 cp / 23



PHARMACIE MARINA
SCELA KOUHEN
Bou Jadir (B. Tarava)
CASA BLANCA
94.24.39

Docteur TAHIRI Souad
Médecine Générale
G7, rue Abou Al Wasq Khalaf
CASABLANCA

TAHIRI

1289.5