

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0040403

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : Mupras  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KANA Nouria veuve ESSRAA N°1  
Date de naissance : 13/05/1970  
Adresse : Skellia 1 Lot 81 N° 17 Casablanca  
Tél. : 0661511709 Total des frais engagés : 800,00 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) : .....

 الصندوق الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 15/01/2024	أصغر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 110794049 Règlements de la période du : 15/01/2024 : من au : 15/01/2024 : إلى	رقم التسجيل أناءات الفترة	Destinataire KANA MARIEM المرسل إليه	

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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو لصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numero 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
KANA MARIEM											
147947226	03/01/2024	PH	PHARMACIES D	228,70	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	13/01/2024	160,09
147947226	03/01/2024	B	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES	888,00	858,00	780,00	1,00	858,00	70,00	13/01/2024	600,60
147947226	03/01/2024	CS	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947225	02/01/2024	T233	RADIOLOGIE METABOLIQUES	600,00	410,00	41,00	1,00	410,00	70,00	13/01/2024	287,00
147947225	02/01/2024	R402	RADIOLOGIE	600,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
147947227	02/01/2024	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947227	02/01/2024	P	GYNECO OBSTETRIQUE	250,00	249,70	227,00	1,00	249,70	70,00	13/01/2024	174,79
147947227	02/01/2024	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
Total remboursé											1712,48
Total général remboursé											1712,48

- 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

للزيد 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

دار المؤمن - ساحة داكلر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Tel: 0661 51 72 09



**CNSA**  
La sécurité de tous protégée

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

**Feuille de Soins Maladie**

تمتربة نظامي السمع الإجمالي

Direction de l'Assurance Maladie

Obligatoire

Ref: 610-1-02

RE ANAM 1344 B

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

RE ANAM 1344 B

Nom et prénom: **KANA Nene**

N° Immatriculation: **119 78 4049**

N° CIN: **1 BK 91454**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e):

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse: **Loj de Kana N° 81 rue 17 HA ALFA**

Montant des frais: **80000** (Dhs)

Nombre de pièces jointes: **01**

الإسم العائلي والمخصصي:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها):

تصريح الطبيب المعالج:

المستفيد من العلاجات:

الإسم العائلي والشخصي:

تاريخ الإيداع:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس: **M** ذكر ☐ أنثى ☐

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشر:

INPE et code à Barres: **09405 57 0 3**

Médecin traitant: **09405 57 0 3**

الطبيب المعالج:

INPE et code à Barres:

Etablissement de soins:

المؤسسة العلاجية:

Type de soins:

Hospitalisation ☐ إستشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☐ Maladie ☐ مرض ☐

Fait à: **Casa**

Le: **03/01/2014**

توقيع المؤمن له:

Signature de l'assuré(e):

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à: **Casa**

Le: **03/01/2014**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من يمثله:

Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins:

Cacher la mention utile pour chaque cas

Arrolier l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 - الهاتف - 2186 الدار البيضاء - المصلحة - 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

الطبيب المعالج

Dr. EL HOUARI Abdelhak

Gynéco-Obstétricien

13, rue Neuf Chateau - Casablanca

Tel: 022 26 07 85 1110

Description des actes effectués

تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	المبلغ المفقود	أربع العيادات المعالج
Date des actes	Code des actes	Lettre cl+ cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Actes Paramédicaux

المستأعدين الطبيين

تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	عدد العمليات	المبلغ المفقود	توقيع وطابع المساعد الطبي
Date des actes	Code des actes	Lettre cl+ cotation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Pararr
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM - 10

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

**HOUARI**

Accoucheur - Stérilité  
Colposcopie - Hystérocopie  
Gynécologie (maladies du sein)

Echographie

Chirurgie Gynécologique

Ex. enseignant au C.H.U. de Casablanca

**الدكتور عبد الوحيم الهواري**

أمراض النساء والولادة والعقم  
الفحص بالمنظار الداخلي وأمراض الثدي  
جراحة أمراض النساء  
الفحص بالموجات فوق الصوتية  
أستاذ وطبيب داخلي سابقاً بمستشفى  
ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le :

2/1/2024

17/4 KMM NCU

130

2000

2000

+ Ech

N6

Dr. EL HOUARI  
Gynéco-Obst  
13, Rue Neuf Châteaux  
Tél : 022 26 10 14

## RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°0007/24

CASA LE 03/01/24

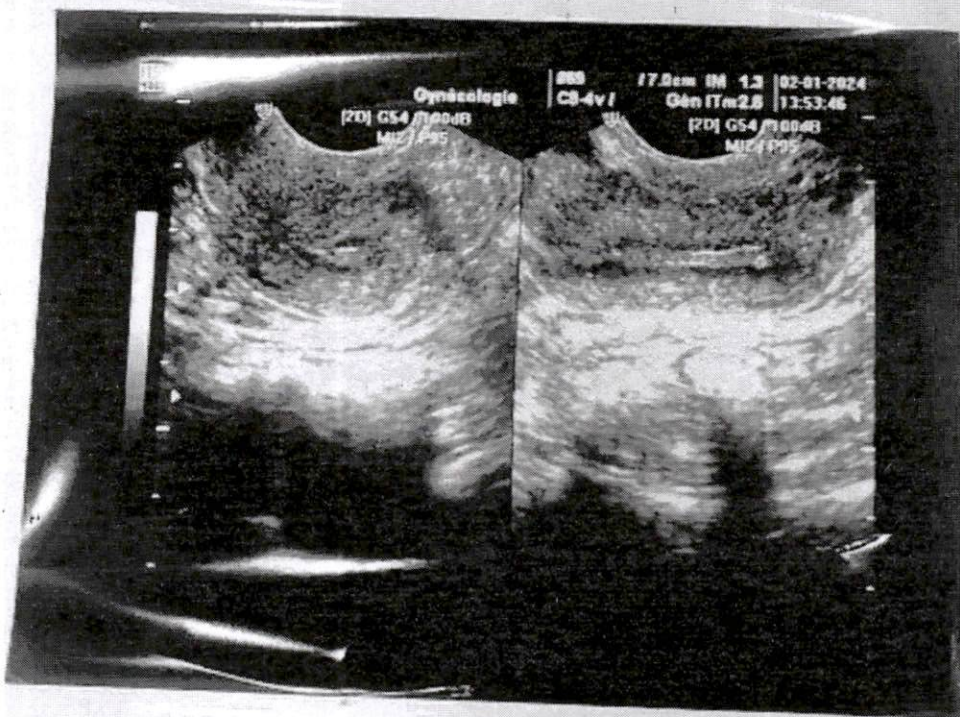
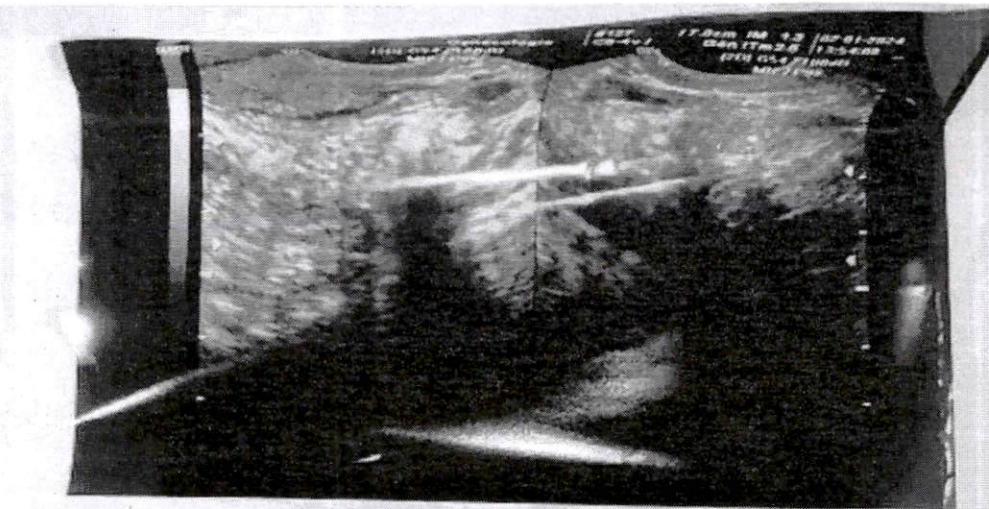
Nom & prénom :

KANA MERIEM

Examens	Prix
Mammographie+ Echographie mammaire	800.00
TOTAL :	800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Huit cent dirhams.

angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
sa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087



Dr. Abderrahim  
EL HOUARI

Gynécologue Accoucheur - Stérilite  
Cardioscopie, Colposcopie - Hystérocopie  
Généraliste (maladies du sein) - Echographie  
Chirurgie Gynécologique  
Ex. enseignant au C.H.U. de Casablanca

Casablanca, le

21/2/20

# COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

*Juliana Nouar*

- Uterus de taille et de position normale
- La ligne de vacuité est normale
- L'exploration annexielle est normale
- le Douglas est libre

Dr. EL HOUARI Abderrahim  
Gynécologue Obstétricien  
13 Rue Neuf Châteaux - Casablanca  
Tel: 05 22 26 07 85 / 05 22 26 10 14

13, Rue Neuf Châteaux ( M.El Maani )  
Tel.: C: 05 22 26 07 85 / 05 22 26 10 14 - Fax : 05 22 49 09 38

