

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-602246

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>517</u>	Société : <u>ND 33 M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Benabdallah Abdelali</u>
Nom & Prénom : <u>Benabdallah Abdelali</u>			
Date de naissance : <u>29/05/1946</u>			
Adresse : <u>SEASIDE LUXURY LIVING Imm. 18 APP. 10</u>			
<u>1^{er} ETAGE DAE BOUAZZA</u>			
Tél. : <u>06 64 40 14 46</u>	Total des frais engagés : <u>3332.01</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ALAOUI LENRANI AMINA Age : 75

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : ALAOUI LENRANI AMINA

Signature de l'adhérent(e) : Mr ACCUEIL



M 24 AVR 2021

ACCUEIL 14/04/2024

Instructions à suivre

iblir une feuille de soins par personne et par nement.

feuille de soins doit être accompagnée de tes les pièces justificatives originales donnances médicales, factures,).

nom et prénom de la personne soignée vent être portés par les praticiens eux mêmes chaque feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être mpagnées des codes à barres des dicaments achetés .

feuille de soins ainsi que les pièces tificatives doivent être présentées à la CNSS is les deux mois qui suivent le premier acte dical, sauf s'il y a traitement médical continu. ns ce dernier cas, le dossier doit être présenté is les soixante (60) jours qui suivent la fin du itement.

remboursement des frais engagés sera ctué sur la base de la tarification nationale de érence.

rtaines prestations ne peuvent donner lieu au boursement que suite à accord préalable. liste de ces dernières est disponible auprès de t le réseau CNSS.

risques liés aux accidents du travail et ladies professionnelles ne sont pas couverts.

ite personne coupable de fraude ou de fausse aration pour obtenir des prestations qui ne t pas dues, est possible des sanctions légales églementaires.

obligation de remboursement prise par la SS est subordonnée au respect des conditions églementaires et de ce qui précède.

Signature et Cachet de l'Agence

ntification de l'agent :

تاريخ الاستلام : Date d'arrivée : تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
 يجب ارفاق 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 الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهر 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 المبلغ المتصروفة على أساس التعرية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسقبة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	
Feuille de Soins Maladie	
موافقة مسبقة*	تنفيذ*
Entente préalable	Exécution

Réf. ANAM - 610-1-02 مرجع رقم : 1.2.01.01 Ref. ANAM :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ALAOUI LEMRANI Amina

N° Immatriculation : 11508619142181

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : SEASIDE LUXURY LIVING IMM. 18 APP. 10
1^{er} ETAGE DAR BOUZZA

العنوان :

Montant des frais :

..... درهم 333.91 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : Nouria Tounsi Amna

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

N° CIN : 115111410171

الاسم العائلي والشخصي :

ناريمان تونسي أم娜

Sexe :

M

ذكر

F

أنثى

INPE et code à Barres**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--------------------------------------------

Type de soins*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه المعلومات المذكورة أعلاه
sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA
Le : 12/12/1411

ب:
في:
توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Fait à : Sidi Rafa
Le : 10/12/1411

ب:
في:
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* اشطب الخانة المناسبة

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من - بـ 2186 الصحفة - الهاتف : 080 203 3333

Description des actes effectués

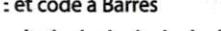
وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمل des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
03/03/24		CL	180 dh	
Et code à Barres 				
Et code à Barres 				

CIM - 10

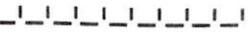
Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمل des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
Et code à Barres 					
Et code à Barres 					

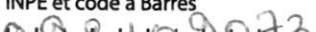
عمليات الإحياء، الأشعة والصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمل Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممومة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25/03/24	T = 3182	
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

Dr. OUBALKASS Hind

MEDECINE GENERALE

Hay TANMIA, N° B42, 1^{er} Etage

SIDI RAHAL

Tél: 05 22 96 94 53



(الدكتورة أوبلكاس هنر
الطب العام
حي التنمية. رقم: ب 42. الطابق الأول
سيدي رحال

الهاتف: 05 22 96 94 53

ORDONNANCE

SIDI RAHAL, le : 29/03/2024 سيدى رحال، في :

D'Alou Remani Amina

437x4 1) Janmet 8/000
+ 8/000 م 13 ml
+ 44 2) Pantr 1 cuil 8 ml p 13 ml

150x3 3) Bandelettes glycémiques

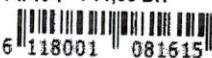
240 4) Anguilles si unidie (4mm)

182 M

29/03/2024
DR H. OUBALKASS HENR
MEDECINE GENERALE
HAY TANMIA, B42, 1^{er} ETAGE
SIDI RAHAL

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH



6 118081 081615



6 971227 400062

1003IPN-Vf-3204-100-B0-07



5 016003 763205

2797



5 016003 763205



5 016003 763205



6 118001 160495



6 118001 160495



6 118001 160495



6 118001 160495



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

DAMANECAH
BMCE GROUP

Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 800051 رمز الوكالة :

Numéro dossier



148591624

رقم الملف

Informations sur l'assuré

معلومات عن المؤمن له

Nom et prénom : ALAOUI LEMRANI AMINA
N° d'immatriculation : 150869422
Nom et prénom du bénéficiaire : ALAOUI LEMRANI AMINA

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

معلومات عن الملف

Type dossier : DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt : 04/04/2024 11:49
Date de soin : 2024-03-20
Montant des frais de soins : 3332 DHS

نوع الملف
تاريخ ووقت الاداع
تاريخ العلاج
مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,

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

سيديتي، 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.pdcn@cnss.ma ;
- Prendre contact avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés conseillers du Centre d'appel Allo Daman au numéro suivants : 3939

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

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.maenss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel au numéro

3939

Sauf erreur ou omission

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الرقم

ما عدا خطأ أو نسيان



**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
مراجع رقم : 150869411

	Emis à : Le : CASABLANCA 15/04/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
N° d'immatriculation Règlements de la période du : 15/04/2024 au : 15/04/2024	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى :	Destinataire ALAOUI LEMRANI AMINA	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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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
ALAOUI LEMRANI AMINA											
148591624	20/03/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	3182,00	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	15/04/2024	1587,60
148591624	20/03/2024	C		150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	15/04/2024	56,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
1643,60											

- 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 الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال برئس مركز الاتصال أو الضمان على الأرقام