

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-8070890

172519

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13328 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAS K Farah

Date de naissance : 16/11/1996

Adresse : Hay Lalla Meriem Bloc C NR 265 Benslimane

Tél. : 06 66 03 09 66 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 :

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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Ile de soins par personne et par

تقديم ورقة العلاجات بالسبب لكل مرض ولكل حدث

ins doit être accompagnée de
ces justificatives originales
médicales, factures,...)

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
وصفات طبية فواتير

om de la personne soignée
és par les praticiens eux mêmes
Ile de soins.

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

es transmises doivent être
les codes à barres des
thetés.

يجب إرفاق الوصفات المرسلّة بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراة

soins ainsi que les pièces
vent être présentées à la CNSS
ois qui suivent le premier acte
l ya traitement médical continu.
as, le dossier doit être présenté
(60) jours qui suivent la fin du

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ
أول عملية طبية ما عدا في حدود شهرين 60 يوما من
انتهاء العلاج

ent des frais engagés sera
se de la tarification nationale de

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية
المرجعية

ions ne peuvent donner lieu au
que suite à accord préalable.
rnières est disponible auprès de
SS.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبقة
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي

aux accidents du travail et
ionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض

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

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من
خدمات غير مستحقة سيعاقب طبقا للمساطر القانونية

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

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

توقيع وطابع الوكالة
et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

nt
r: _ _ _ _ _ تاريخ الإيداع

Date d'arrivée : _ _ _ _ _ تاريخ الاستلام



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable*

تنفيذ
Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

Ref: ANAM

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : NOKRY AYOUN الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 169897910 رقم التسجيل

N° CIN : 111119066 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☒ ابن

Adresse : Hay Lala Meriem 1 Bloc C NR45 Benslimane العنوان

Montant des frais : 1.323 Dhs مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : NOKRY MAHAMED Zaid الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : تاريخ الإيداع

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى الجنس *

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ استشفاء

Maternité ☐ أمومة

Accident ☐ حادثه

Maladie ☒ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des
renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
أصرح بمصداقية و صحة
المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

ب

Le :

Le :

في

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
3123		CS	250,00		
code à Barres _ _ _ _ _					
code à Barres _ _ _ _ _					

CIM-10

Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
code à Barres _ _ _ _ _						
code à Barres _ _ _ _ _						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				ملفات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologiste Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			صفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux		
16/06/23	1073			
INPE et code à Barres 0920111113				
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. Asma ESSOUBA
Pédiatre



الدركتور أسماء السويبة
طبيبة الأطفال

- Néonatalogie
- Vaccination
- Echographie
- Asthme
- Allergie diabète
- Maladies dermatologiques, infectieuses et respiratoire
- Urgence

- طب المواليد الجدد، الرضع والأطفال
- تلقيح
- تتبع النمو، الحساسية، الربو، السكري
- الأمراض الجلدية، التنفسية، التنفسية
- الفحص بالصدى
- مستعجلات

Casablanca le:

7 6 JUN 2023

Nokry Mohamed Zaid

325 DH

1- Infamrix hexa

252.00 DH

2- Rotarix

496.00 DH

3- Synflorix

TOTAL: 1073 DH

PHARMACIE ARRAFFA
Ahmed Oualid BELLAOUCHI
66, Allée des 24 Mucilles - Ain Sebaa - Casablanca
(Près Citra - 01 06 29 21 21 21)

عمارة سيتي - أوفيس، الطابق الثالث، رقم C7 (أمام مرجان - ماكدونالدز الحي الحسني) حي مسيسي الولفة
الحي الحسني - الدار البيضاء

Imm City Office, 3ème Etage N° C7 (En face Marjane et Mc donald's Hay Hassani) quartier missimi
Oulfa Hay Hassani - Casablanca

☎ 05 22 89 61 41 ☎ 06 60 60 37 30 ✉ cabinetasmaessouiba@gmail.com

RESPECTER LES PRESCRIPTIONS

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 325,00 DH
ID: 648847
6 118001 140718

GlaxoSmithKline Maroc :
Aïn Aouda,
région Rabat

1 dose (1.5 ml)
1 dosis (1.5 ml)
1 tube
1 tube

Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le
Vacuna contra rotavirus

...ric use/ Usage pédiatrique

...e/ Voie orale/ Via oral

...t inject/ Ne pas injecter

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 252,00 DH
ID: 650523
6 118001 142361

1 dose (0,5 ml)
1 seringue préremplie + 1 aiguille
Voie intramusculaire

gsk

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 496,00 DH
ID: 649683
6 118001 142392

البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري
Relevé périodique des prestations AMO

Direction de l'Assurance
 Maladie Obligatoire
 Direction de l'Assurance
 Maladie Obligatoire
 Réf. : 610-2-06 مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
 Le : 11/08/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 169897910 رقم التسجيل
 Règlements de la période : من :
 du : 11/08/2023 : إلى :
 au : 11/08/2023 : إلى :
 Adresses des prestataires :
 Destinataire : NOKRY AYOUB 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	التدخلات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
NOKRY MOHAMED ZAID											
116864588	17/07/2023	PH	PHARMACIES D	762,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	10/08/2023	227,50
116864588	17/07/2023	CS	OFFICINES PEDIATRIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	10/08/2023	105,00
116864587	16/06/2023	CS	PEDIATRIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	10/08/2023	105,00
116864587	16/06/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1073,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	10/08/2023	574,70
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1012,20
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1012,20

- 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	للمزيد من المعلومات: يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمشجب الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام
www.cnss.ma www.cnss.ma/Portail/ « Ma CNSS » 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200	دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 : 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