

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 Étage 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



19361

Déclaration de Maladie

M23- N° 0037923

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02147 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMOUDI ALI
 Date de naissance : 25-12-1954
 Adresse : 05 LOT EL FATH I SIDI MAAROUF CASABLANCA
 Tél. : 06.61200230 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENTAIRE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JABER NOUZAHA 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 : CASABLANCA Le : 25 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

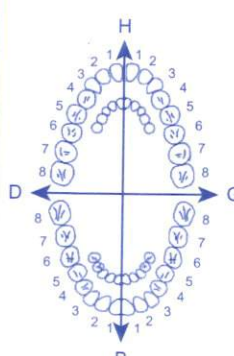
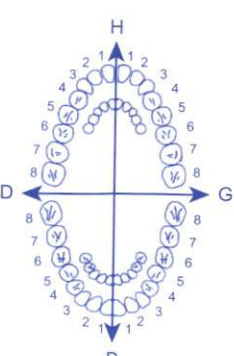
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

livre

de soins par personne et par

s doit être accompagnée de
es justificatives originales
cales, factures,).

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

s transmises doivent être
les codes à barres des
tés.

oins ainsi que les pièces
nt être présentées à la CNSS
is qui suivent le premier acte
a traitement médical continu.
as, le dossier doit être présenté
(60) jours qui suivent la fin du

ent des frais engagés sera
se de la tarification nationale de

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

s aux accidents du travail et
sionnelles ne sont pas couverts.

coupable de fraude ou de fausse
r obtenir des prestations qui ne
st passible des sanctions légales
S.

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

توقيع وطابع الوكالة	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
et signature de l'Agence	Réservé à la DAMO

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي 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 التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبقة.

لائحة 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 تصريح كاذب للاستفادة من
خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-02 Réf. ANAM: 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		
N° Dossier :				
Partie réservée à l'assuré(e)				
الإسم العائلي والشخصي : JABER Nouzha				
رقم التسجيل : 160986741				
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B_4_6_9_1_1				
N° CIN :				
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :				
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :				
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐				
العنوان : 5, Lot SP Fakh I Sidi Maarouf				
مبلغ المصاريف : 731,70 Dhs.				
Montant des frais :				
عدد الوثائق المرفقة :				
Nombre de pièces jointes :				
تصريح الطبيب المعالج				
المستفيد من العلاجات				
الاسم العائلي والشخصي :				
تاريخ الازدياد :				
رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
الجنس : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى				
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر :				
INPE et code à Barres :				
مédecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
نوع العلاجات :				
Type de soins :				
Hospitalisation ☐ إستشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☒ مرض				
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.				
Fait à : Casablanca				
Le : 14/12/2023				
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)				
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.				
Fait à : 14/12/2023				
Le : 14/12/2023				
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins				

Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino - Laryngologiste

Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge
Exploration des Vertiges et surdités
Allergologie - Endoscopie ORL
Chirurgie cervico-faciale
Ancienne interne du CHU Ibn Rachid
Ancienne interne du CHU Pellegrin Bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية

أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

تخصصها هي أمراض الأذن والحنجرة
تخصصها هي أمراض وجراحة الأنف و الأذن و الحنجرة و السمع
يستعمل في العنق و الحنجرة
أخصائية في أمراض الحنجرة
أخصائية في أمراض الأنف
أخصائية في أمراض الأذن
أخصائية في أمراض الحنجرة

M^{re} Yaker Nourha

14/11/2023

11 TS HUS

Dr. Amina BENZAOUIA
Oto-Rhino-Laryngologiste
157, Lotissement Dandoune Sidi Maârouf
Tél: 0522780217

157, Lotissement Dandoune Sidi Maârouf, Tél : 0522780217

E-mail : benzaouiaamina@gmail.com

Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino - Laryngologiste

Specialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge
Exploration des Vertiges et surdités
Allergologie - Endoscopie ORL
Chirurgie cervico-faciale
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Ancienne interne du CHU Pellegrin Bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية

أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة
أخصائية في أمراض حادّة الأنف والأذن والحنجرة و التقيح
مستشفى العيون و الأذن
البيطري بالمتجر الدائري
أخصائية الحساسية
تقنية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
تقنية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي لو دو

14/12/2023
M. Zalek Nougha

1/2² Bayen Leno cream

1 app 2 x 2 / 20h

2/3² Himeres sticks

2/3² 2 sticks 2 x 2 / 20h os

157, Lotissement Dandoune Sidi Maârouf, Tel: 0522 780217
E-mail: benzaouiaamina@gmail.com

MACIE SABAH EL KHEIR
Sabah KHACHAB
Sidi Maârouf
Casablanca

58118234 / C21060

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

N° facture 2023-6742

Date 14/12/2023

Patient Mme JABER Nouzha

Date prélèvement : 14/12/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
TSH-us : Thyréostimuline-Hormone	250	335,00
Total B	250	335,00
APB	1,0	20,00
Majoration de garde		
Total		355,00



< ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

2023



DÉTAILS



N° Dossier	145093476
Montant remboursé	344.73
Situation	Envoyé à l'assuré
Date de situation	25/12/2023
Mode de paiement	Virement assuré
Motif	

Montant des soins 731 DHS

Bénéficiaire JABER NOUZHA

Détails



I<

<

2023

>

>I



18:45



< ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

2023



N° Dossier
102475874

Dossier de
remboursement dentaire



N° Dossier
145093476

Dossier de
remboursement



Date dépôt

18/12/2023

Agence de dépôt

SIEGE

Date des soins

14/12/2023

Montant des soins

731 DHs

Bénéficiaire

JABER NOUZHA

Détails



|<

<

2023

>

>|



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 : أصنرب
Le : 26/12/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 160986711 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 25/12/2023 : إلى
au : 25/12/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه

JABER NOUZHA

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 ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JABER NOUZHA											
145093476	14/12/2023	PH	PHARMACIES D	76,70	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	25/12/2023	17,48
145093476	14/12/2023	CS	OFFICINES OTO-RHINO-	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	25/12/2023	115,50
145093476	14/12/2023	B	LARYNGOLOGIE LABORATOIRES D ANALYSES	355,00	275,00	250,00	1,00	275,00	77,00	25/12/2023	211,75
			Total remboursé		مجموع مبلغ التعويض						344,73
			Total général remboursé		مبلغ التعويض الاجمالي						344,73

- 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 الواسع على الأرقام