

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



Déclaration de Maladie

M23-011982

203222

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI MOHAMED
 Date de naissance : 18-07-1950
 Adresse : 4 Rue ORAN (Résidence AIDA) Quartier CHAATHIER CASA
 Tél : 06 66 12 02 09 Total des frais engagés : 49,60 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 : CASA Le : 03 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNUP N° 215 / 2019

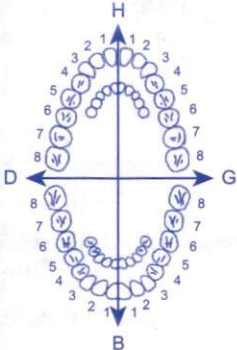
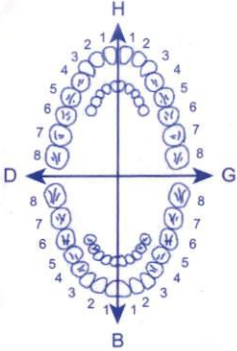
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>														
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي +الOst+ +الCst+ CNSS 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
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
الاسم العائلي والشخصي :		
Nom et prénom :		
رقم التسجيل :		
N° Immatriculation :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
N° CIN :		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/>		
Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
عنوان :		
Adresse :		
مبلغ المصاريف :		
Montant des frais :		
عدد الوثائق المرفقة :		
نصريح الطبيب المعالج		
مستفيد من العلاجات		
Déclaration du médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
الاسم العائلي والشخصي :		
Nom et prénom :		
تاريخ الميلاد :		
Date de naissance :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
N° CIN :		
الجنس :		
Sexe :		
رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **		
INPE et code à barres **		
Médecin traitant		
الطبيب المعالج		
Etablissement de soins		
المؤسسة العلاجية		
نوع العلاجات		
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 type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à :		
Le :		
توقيع المؤمن له		
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		

Docteur ZOHEIR Fatima
Cardiologue



الدكتورة زهير فاطمة
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Diplômée de la faculté de Lyon
Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS
Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Épreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le :

23/02/2024.

M^e Jehanor



1/ Relaxation 37°

1 gelule le soir.

4960

2/ Dose 400.000.

1A/11j

نسبة ام

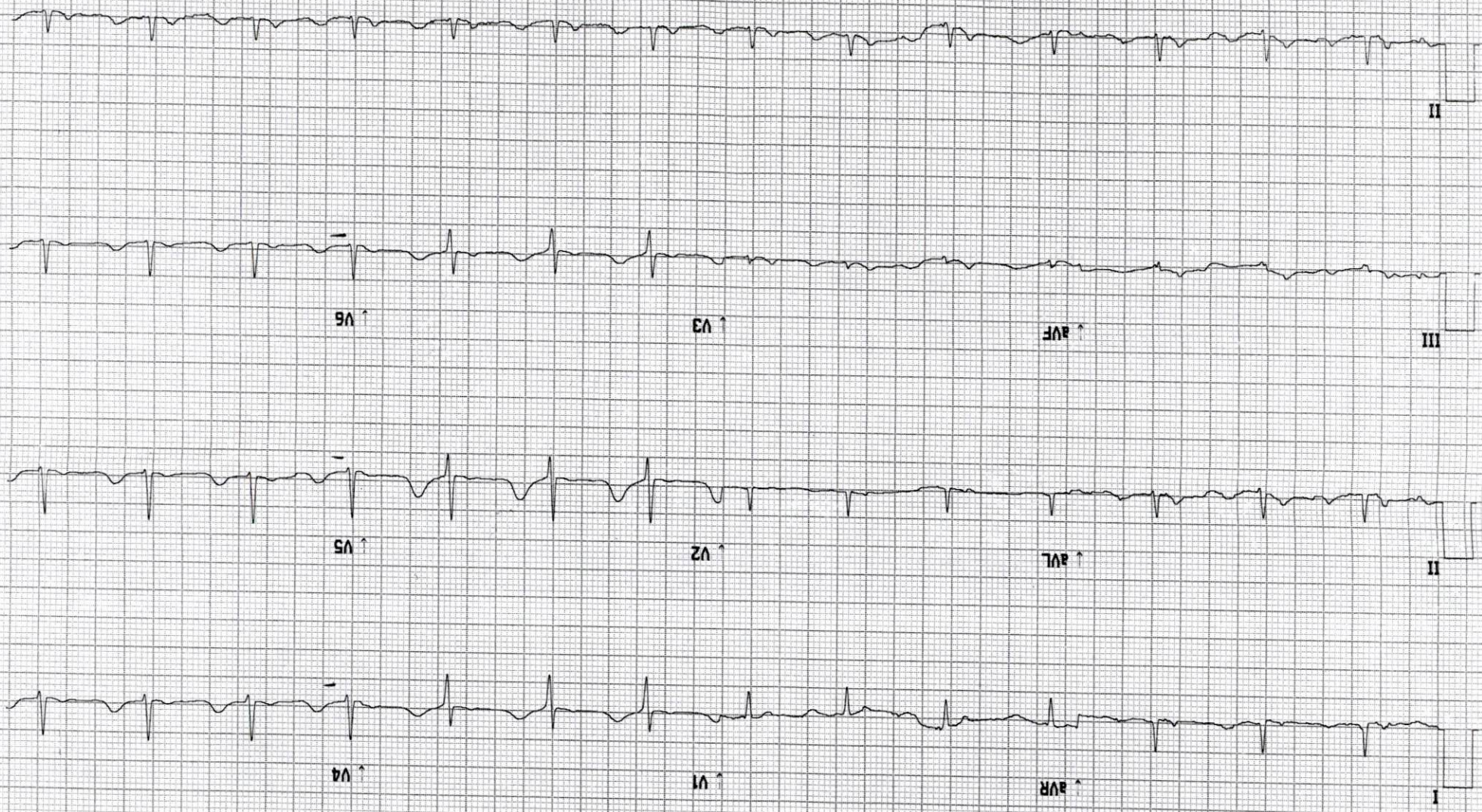


Dr ZOHEIR Fatima
Cardiologue
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

230، شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء
230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81

23-Fév-2024 09:34:22
Fréq. Card. 84 BPM
Int PR 160 ms
Dur. QRS 81 ms
QT/QTc 349/390 ms
Axes P-R-T 59 8 47





إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mardi 2 avril 2024 التاريخ:
Heure : 14 h 49 WET الساعة:

Destinataire :

المرسى إليه:

MEKOUAR OUM KELTOUM
4 ANG RUE ORAN RUE TAWFIK EL HAKIM GAUTHIER
20000
CASABLANCA



N° CNSS	163607116	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B127003	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	349.6 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MEKOUAR OUM KELTOUM	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Nous vous rappelons que vous pouvez déposer les dossiers de Remboursement relatif à l'AMO auprès de nos points de proximité agréés.

نذكركم انه يمكنكم إيداع ملفات التعويض عن مصاريف العلاجات الطبية لدى مكاتب القرب المعتمدة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

Pour consulter la liste de ces bureaux, veuillez visiter notre site web :

للاطلاع على الخاصة بهذه المكاتب يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني:

www.cnss.ma

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

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 le "Client Center" au numéro

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
Ma CNSS
080 20 30 100
3939

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

05 22 41 80 88
Fax

الهاتف

05 22 43 38 60
Tel

CASABLANCA
المدينة

Ville

Rue Bir Jdid et angle Bd
Ziraoui Bourgone

العنوان
Adresse

ZIRAOUI

وكالة
Agence