

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

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 : 0522 54 86 73

	Emis à : Le : 19/04/2023	CASABLANCA	أصدر ب : بتاريخ : 19/04/2023	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation	165014319	رقم التسجيل	Destinataire	المرسل إليه	
Règlements de la période		أداءات الفترة	KOUIRI KHADIJA		
du : 18/04/2023	au : 18/04/2023	من : إلى			

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	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
KOUIRI KHADIJA											
118601427	05/04/2023	CS	CARDIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	18/04/2023	115,50
118601427	05/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	623,20	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	18/04/2023	479,86
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
595,36											

- 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

المزيد 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

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interné des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



الدكتورة نهاد جردي
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بير و مري كري بباريس

Casablanca, le **05/04/2023**

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mme KOURI KHADIJA**

ORDONNANCE

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

TTT pendant 4 mois

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3 Boulevard Oum Rabia, 2ème étage Oulfa, Hay Hassani - Casablanca
Téléphone : 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68
Email : dr.jardinouhad@gmail.com

البريد الإلكتروني : **dr.jardinouhad@gmail.com**
المستعجلات : **06 88 68 68 68**
شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الالفة، حي الحسني - الدار البيضاء
IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : KOUIRI KHASNA 0007119

Sex : Female Case No. :

ECG

Age : 69Y Lit No. :

Clinique N : Date : 05/04/2023

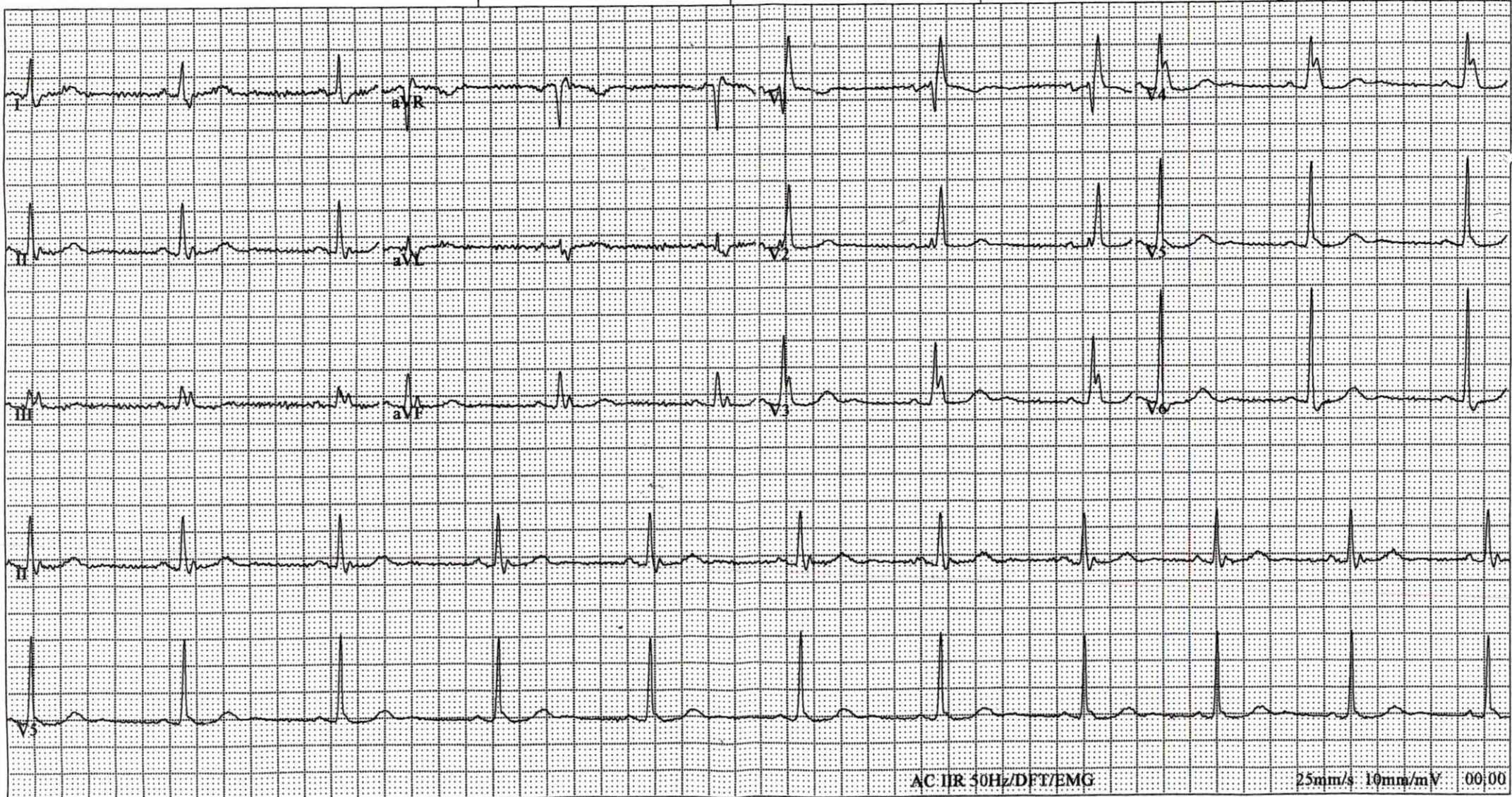
Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	195 ms	Prompt: Dr Nouhad JARDI Cardiologue 3, Bd Gamal Abdallah, 10000 Oujda Téléphone: 0525 22 11 22 Email: drjardi@outlook.com
Temps d'écha	16s	QT Interval:	491 ms	
FC:	56bpm	QTc Interval:	472 ms	
P Interval:	147ms	P Axis:	61.30°Cb	
QRS Interval:	134 ms	QRS Axis:	80.70°Cb	
T Interval:	249 ms	T Axis:	48.30°Cb	

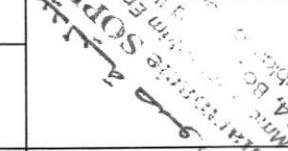
$\text{L} = 74 \text{ mV}$

$\text{TA} = 134/80 \text{ mmHg}$

Signature Medecin :



Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
05-04-93		C/S	300(000) H		
INPE et code à Barres 05/04/93					
INPE et code à Barres 05/04/93					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلاني أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
5/4/23	683,20	 
INPE et code à Barres 092054360		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق 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 الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب المعاشرة المسبقة. لاتحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Id: 0659177779

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة* <input type="checkbox"/> Entente préalable*	<input type="checkbox"/> تنفيذ* <input type="checkbox"/> Exécution*	مرجع رقم 610-1-03 Réf. ANAM 1.2.0.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : *KOULI RI Khadija*
 رقم التسجيل : *1413101101101*

N° Immatriculation : *1413101101101*
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : *1413101101101*

N° CIN : *B 348175*
 علاقه القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *
 زوج ابن

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
 Conjoint زوج
 Enfant ابن

Adresse : *52, Rue Hassane II CASABLANCA*
 العنوان :

Montant des frais : درهم *923,00* Dhs.
 عدد الوثائق المرفقة : *2*

تصريح الطبيب المعالج

المسنون من العلاجات
 الاسم العائلي و الشخصي :

ال تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس *:
 M ذكر F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant *DR KOUKRI*
 Etablissement de soins
 المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن *:

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

Hospitalisation* استشفاء*

أشهد بصحة كل ماذكر أعلاه
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable

Fait à : *CASABLANCA* : ب :
 Le : *10/11/2014* في :
 توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

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

أشهر بصدقية و صحة
 المعلومات المذكورة أعلاه

دار المؤمن - ساحة ذاكار - الدار البيضاء - الماقن - 2186
 080 200 7200 / 080 203 3333
 Ministry of the Assurance - Place of DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333