

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0033226

COMPLEMENT

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : 159381

Nom & Prénom : EL MAROURI Niloud

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, Rue HASCANE NY ZHANA - CHA

Tél. : 06 62 843603 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 :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

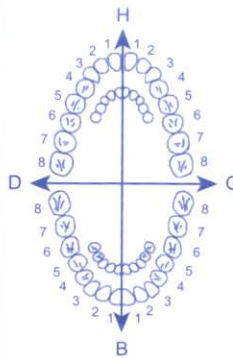
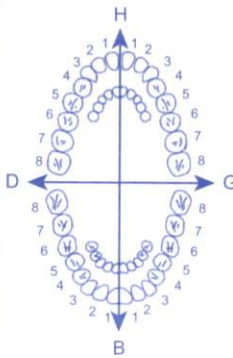
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Emis à : CASABLANCA
Le : 19/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 165014319
Règlements de la période
du : 18/04/2023 : من
au : 18/04/2023 : إلى

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Destinataire

KOUIRI KHADIJA

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	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											595,36
Total général remboursé											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

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 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 Interne 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 جردى
أخصائية في أمراض القلب والشرائين

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

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

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mme KOUIRI KHADIJA**

ORDONNANCE

1. **BONNE HYDRATATION (2L d'eau/ jour)**
2. **RÉGIME PEU SALÉ :**
3. **APROVASC 150 / 5 mg :**

1 comprimé / jour le matin

TTT pendant 4 mois

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

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

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

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

155.80x4
623.20

Pharmacie SOPHIA
Mme Ep. Smaoui
Pharmacie Ep. Smaoui
214, Boulevard Ibnou Sina
Casablanca
Tél: 05 22 36 01 64

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Boulevard Ibnou Sina, Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 36 01 64

☎ 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68 : المستعجلات

✉ dr.jardinouhad@gmail.com : البريد الإلكتروني

📍 3 Boulevard Dum Rabia, 2ème étage Oulfa. Hay Hassani - Casablanca : الدار البيضاء - حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : KOUIRI KHADJA 0007119

Sex : Female Case No. :

Age : 69Y Lit No. :

Clinique N : Date : 05/04/2023

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 16s

FC: 56bpm

P Interval: 147ms

QRS Interval: 134 ms

T Interval: 249 ms

PR Interval: 195 ms

QT Interval: 491 ms

QTc Interval: 472 ms

P Axis: 61.30°

QRS Axis: 80.70°

T Axis: 48.30°

Prompt:

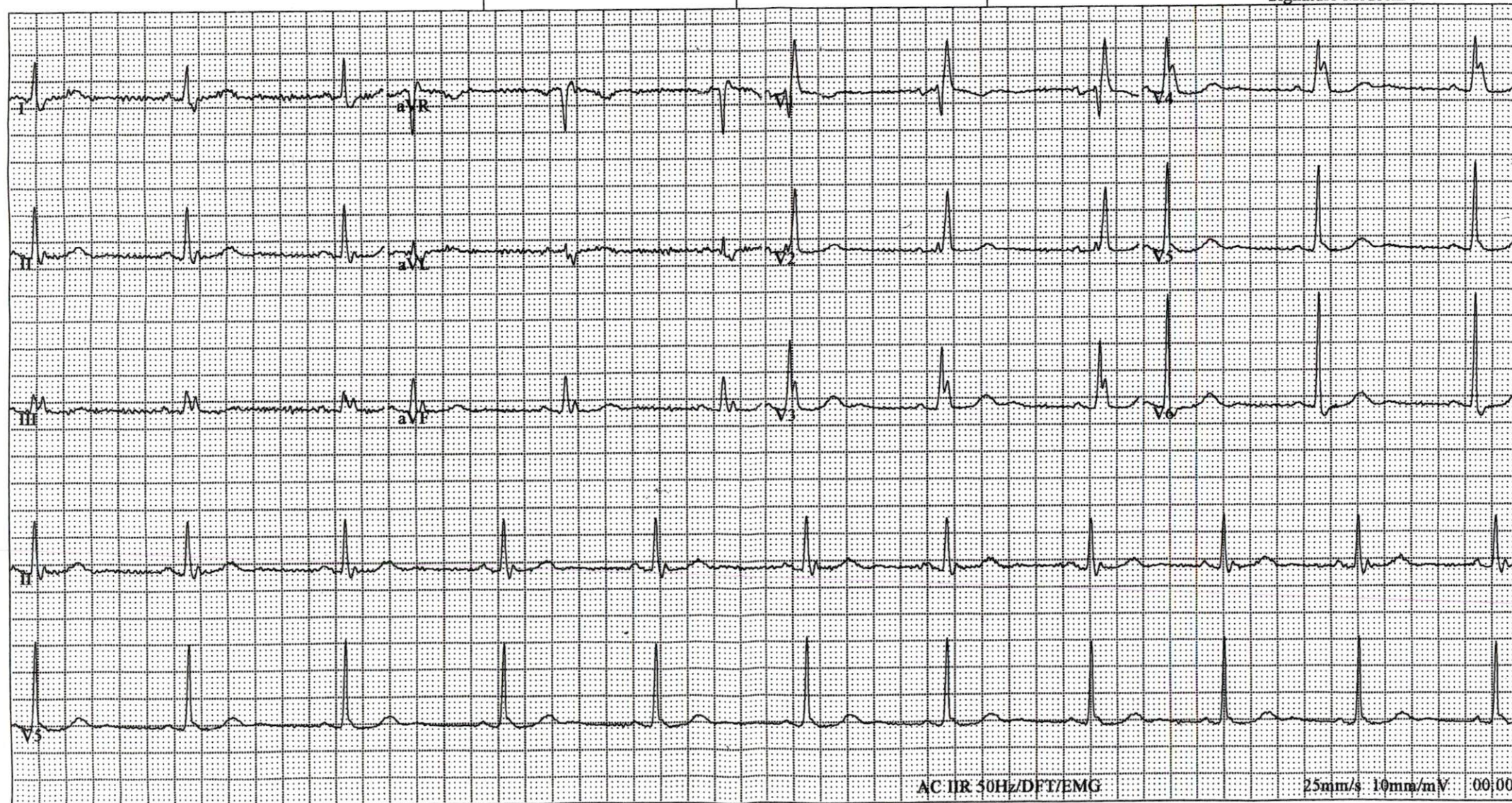
$K = 74 \mu V$

TA = 134/80 mmHg.

ECG

Dr Noubad JARDI
Cardiologue
3, Bd L. de Gaulle - 20000 Ajaccio
Tél. 04 94 25 25 25

Signature Medecin :



CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>5/4/23</p> <p>INPE</p> <p>INPE et code à Barres</p> <p>092054360</p>	<p>683,20</p>	<p>Pharmacie SOPHIA</p> <p>214, Boulevard de la République</p> <p>06 22 38 01 50</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

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.

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التامين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p>تاريخ الإيداع : _____</p>	<p>Date d'arrivée : _____</p>

تعليمات يجب إتباعها

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 المشتراة.

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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لا تحة 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 تصريح 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.

7d: 0659177779

 <p>الضمان الاجتماعي الجمهورية الجزائرية CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التامين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>		
<p>Nom et prénom : KOUIRI Khachja الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : 41510413149 رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN : B 34 81 75 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : 51, Rue Hassane BO HAVA CASA العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : 923,20 Dhs. مبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : KOUIRI Khachja الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : 14/10/1975 تاريخ الإزدياد :</p>		
<p>N° CIN : B 34 81 75 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس :</p>		
<p>INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>		
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> قبول المرض المزمن * :</p>		
<p>N° dossier ALD : _____ رقم ملف المرض المزمن :</p>		
<p>Code ALD : _____ رمز المرض المزمن :</p>		
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</p>		
<p>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.</p>		
<p>Fait à : CASABLANCA ب : _____</p>		
<p>Le : 10/11/2024 ق : _____</p>		
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>		
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف 2186 - الدار البيضاء المحطة - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333