

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-808489

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6638 Société : ABBDEL MJEV

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : ELAMARI

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse : 09 Bd Driss Slaoui, Val d'Anfa, CASABLANCA

Tél : 0661561885

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA Le : 26/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
Le : 14/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 141642936

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 14/04/2023 : من
au : 14/04/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

HIJAZI NADIA

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	العلاجات	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	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
HIJAZI NADIA											
98042450	25/02/2023	PJ	Clinique Privée	550,00	300,00	1.00	1,00	300,00	70,00	14/04/2023	210,00
98042450	25/02/2023	PH	Clinique Privée	113,71	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	14/04/2023	41,38
Total remboursé											251,38
Total général remboursé											251,38

- 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

دار المؤمن - ساحة داكور - 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



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610=2=09

Date : vendredi 24 mars 2023 التاريخ:
Heure : 10 h 29 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

HIJAZI NADIA
LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
20370
CASABLANCA



98042450

N° CNSS	141642936	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE64419	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	663.71 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	HIJAZI NADIA	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.

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 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

05 22 41 80 60

Fax

05 22 54 86 70

Tél

CASABLANCA

المدينة

Ville

1, Place Dakar, Rond Point

Chimicolor, Maison de l'assuré

العنوان

Adresse

ROCHES NOIRES

وكالة

Agence



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom : HIJAZI NADIA
Date de naissance : _____
Matricule : _____
Date d'entrée : 25-02-2023 date de sortie : 25-02-23

HOSPITALISATION

Réanimation du _____ au _____
Soins intensifs du _____ au _____
Séjour normal du 25-02-23 au 25-02-23

Dr. M. BENAGUIEL
Médecin d'Accueil - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
25-02-2023

MOTIF D'HOSPITALISATION

- Douleurs Abdominales
- _____
- _____
- _____

ANTECEDENTS :

- _____
- Colite
- _____
- _____

Conclusion examen clinique initial :

Explorations para cliniques :

- _____
- _____
- _____

CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(L.G) Fax(212)5223914
Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : HIJAZI NADIA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	M.BENAGUIDA/F.TAZI	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	25/02/2023	
Date sortie	25/02/2023	
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : IMANE 28/02/2023 11:48 230225145152RE-001		

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Bd Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 0622 36 87 87 - 0622 39 60 10/13
Fax: 0522 39 14 39

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient HIJAZI NADIA		N° Facture :	471	5152RE-001
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
CLOPRAME 10MG/2ML INJ	1	1.39	1.39	
NO SPA40MG/5AMP	2	6.40	12.80	
OMEPRAZOLE NORMO 40mg INJ (01)	1	29.90	29.90	
PARACETAMOL 100ML/10	1	15.02	15.02	
Sous-Total médicaments			59.11	
PERFUSEUR (001)	1	13.50	13.50	
SERINGUE 10CC (001)	1	3.70	3.70	
VENFLON G22 (001)	1	18.70	18.70	
VENFLON G24 (001)	1	18.70	18.70	
Sous-Total consommable médical			54.60	
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie		113.71

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
 19000, Tlemcen, Algérie
 Tél: 0522 38 87 17 - 38 87 19
 05 22 38 85 37 / 37
 Fax: 0522 38 14 39

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 471 / 2023 du 25/02/2023

Nom patient **HIJAZI NADIA**
PAYANT

Entrée 25/02/2023

Sortie 25/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR NOURMAL	1,00		550,00	550,00
			Sous-Total	550,00
PHARMACIE	1,00		113,71	113,71
			Sous-Total	113,71
Total Clinique				663,71

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT SOIXANTE-TROIS DIRHAMS SOIXANTE ET ONZE CENTIMES

Total 663,71

Payé en Espèces
Le 25.02.23.

CLINIQUE VAL D'ANFA
19, Bd. Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 0522 36 87 87 - 0522 39 10 10/13
Fax: 0522 39 14 39

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA



مصحة
قال أنفا

Casablanca, le 25/02/2023


Hajazi Nادية

1) Enac 40 mg
1ml / j pd 28 jrs

2) Curtec 10 - r

El mehdou BENHAROUK
Medecin

0661144206

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم Réf. - 12/01/01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Hi Sati NABBA**

N° Immatriculation : **141642936**

N° CIN : **BE64419**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **1**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : **9 BD OUSS SAOUI - LOT ANDALOUS - VAC D'ANFA**

العنوان :

Montant des frais : **663,71** Dhs

مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : **5**

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **11/11/1983**

تاريخ الميلاد :

N° CIN : **111111111**

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى

الجنس :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المميز

الرقم الوطني الاستدلالي : **09104063**

الرقم المميز : **09104063**

Médecin traitant : **Dr. A. A. A.**

الطبيب المعالج :

Etablissement de soins : **CLINIQUE DU VAL D'ANFA**

المؤسسة العلاجية :

Type de soins :

نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☒ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **25-02-2023**

في : **25-02-2023**

Le : **25-02-2023**

في : **25-02-2023**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : **25-02-2023**

في : **25-02-2023**

Le : **25-02-2023**

في : **25-02-2023**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

- * 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظية - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gure Téléphone: 080 203 3333