

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

- Reclamation : 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.

N° W21-808489

A 66491

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11638

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

EL AMARI

ABDELMJED

Date de naissance :

08/12/1958

Adresse :

09, Bd Driss Slaoui, Béni Mellal J'Snfa.

Tél. :

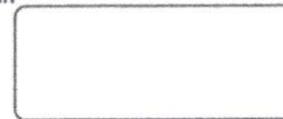
0661561885

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Age:

Conjoint

Enfant

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) :



 الصندوق الاجتماعي لضمان康復+康復+ CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 Page 1 /1
	Emis à : CASABLANCA Le : 14/04/2023	أصدر ب : بتاريخ :
Nº d'immatriculation. 141642936 Règlements de la période du : 14/04/2023 : من au : 14/04/2023 : إلى		Destinataire 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
استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	نوع الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	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 remboursement	Taux de remboursement %	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						مجموع مبلغ التعويض						
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي						
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 له
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الفسان على الأرقام



إفادة بالاستلام Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : vendredi 24 mars 2023 التاریخ :

Heure : 10 h 29 WET المساعة :

Destinataire :

المرسل إليه :

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



N° CNSS	141642936	رقم ص.ف.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE64419	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
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	HIZAJI NADIA	المستفيد

Madame, Monsieur,

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

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

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.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين توجه معالجة المعلومات 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

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 إلى الضمان على الأرقام

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

الفاكس الهاتف المدينة
05 22 41 80 60 Fax 05 22 54 86 70 Tel CASABLANCA Ville 1, Place Dakar, Rond Point

Chimicolor, Maison de l'assurance

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. El Youssfi
Médecin en chef
Clinique du Val d'Anfa

MOTIF D'HOSPITALISATION

Deux mois d'asthénie

ANTECEDENTS :

Colite

Conclusion examen clinique initial :

Explorations para cliniques :

CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) 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



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	HIJAZI NADIA	N° Facture :	471	S152RE-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
 19/04/2013 11:18:21 19/04/2013 11:18:21 19/04/2013 11:18:21
 Tel: 0522 26 87 71 0522 26 87 57
 05 22 26 87 71 05 22 26 87 57
 Fax: 0522 26 87 57 0522 26 87 39

CLINIQUE VAL D'ANFA

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

FACTURE

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
			<i>Sous-Total</i>	<i>550,00</i>
PHARMACIE	1,00		113,71	113,71
			<i>Sous-Total</i>	<i>113,71</i>
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 DU VAL D'ANFA
19 Bd Franklin Roosevelt
Casablanca
Tél: 0522 57 57 - 0522 39 39 10/13
Fax: 0522 39 39 39

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA



مصحة
فال أنفا

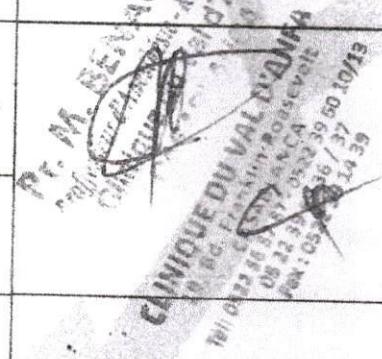
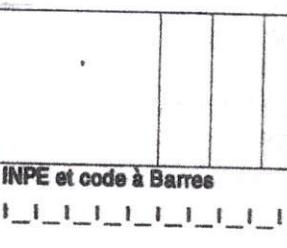
Casablanca, le 25/02/2023

Hijazi Nadia

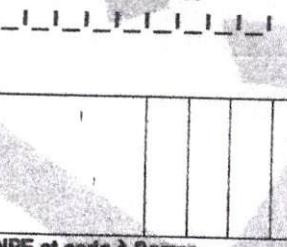
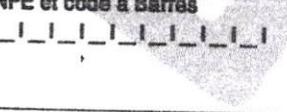
1) Ervac 40 mg
1 ml/j pd 28 jrs

2) Curotec 10 -

El mehdil RENI - DRC
Médecin - Anesthésiste

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
25-02- 2023	✓ 518	FACTURE C-J-SINTE	663,41	 	
INPE et code à Barres					
					

CIM-10

Actes Paramédicaux							عمليات المساعدين الطبيين
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres							
							
INPE et code à Barres							
							

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

 الصنمان الاجتماعي tel: 084 700 500 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">* موافقة مسبقة</td> <td style="text-align: center;">* تفاصيل</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entente préalable</td> <td style="text-align: center;">Exécution</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة	* تفاصيل	Entente préalable	Exécution	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. 610-1-02 مرجع رقم	0661144206 Réf. ANAM : 12.01.01
* موافقة مسبقة	* تفاصيل						
Entente préalable	Exécution						

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Hijazi NADIA** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **11411642936** رقم التسجيل :

N° CIN : **ABE64419** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : **9 BD DRISS SLAOUI, LOT ANDALOUSE - VAC D'ANFA** العنوان :

Montant des frais : **663,71** درهم مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes : **5** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الازدياد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ♂ ذكر F ♀ أنثى الجنس :

INPE et code à barres : **10580463**

الرقم الوطني للسكنى والرقم المشفري :

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins :

نوع العلاجات

Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء	Maternité <input type="checkbox"/> أخونه	Accident <input type="checkbox"/> حادثة	Maladie <input type="checkbox"/> مرض
--	--	---	--------------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : 25-02-2023 ب: في:	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : CASA Le : 25-02-2023 ب: في: توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	أصل بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---	---

* Cocher la mention utile pour chaque case
 ** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - المغرب - الهاتف:

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2106 Casa Gare Téléphone : 080 203 5333

أشطب الخانة المناسبة

توقيع طباع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية