

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

COMPLÉMENT

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **702** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL MAROUI Dileud**

Date de naissance : **01-01-48**

Adresse : **51, Rue HASSANE HY EL HANT-CAS**

Tél. : **0662 243603** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **KOUIRI Khadja**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **10 JUIL. 2023**

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 : **10/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

BEIJING 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

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 d'arrivée : _____
Tarif de dépôt du dossier : _____	Tarif d'éviction : _____

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 والوثائق 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.

تعتبر بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لا يقتصر هذه الخدمات على تغطية جميع وسائل العناية بالولني للأشخاص الاجتماعيين.

الإبعاد الناجمة عن حوادث الشفط وأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يرهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Tel 06 59177779

 CNSS الصندوق الاجتماعي national	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire <small>Ref. ANAM 140001</small>
موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	<small>Ref. ANAM 140001</small>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : *KOULI K hadiha*

N° Immatriculation : *1416144349*

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : *51, Rue Hassan II CASABLANCA*

Montant des frais :

درهم *654,70* Dhs.

Nombre de pièces jointes :

1

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المسنتقيد من العلاجات *
الاسم العائلي و الشخصي : *KOULI K hadiha*

تاريخ الإزدياد : *19-3-1421*

رقم بطاقة التعريف الوطنية : *19-3-1421-149-619*

الجنس : *
ذكر أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج <i>Dr. Amina Lamine</i>	Etablissement de soins المؤسسة الملاجئ <i>GERMATOLOGIE - VENEREOL</i>
---	---

نوع العلاجات

قبل المرض المزمن *
نعم Non

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

استشارة *

Hospitalisation *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :
Le : *13-01-2014* ب : *في* : *في*

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :
Le : *13-01-2014* ب : *في* : *في*

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Dr. Amina Lamine

* 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.

دار المرهن - ساحة تلار - الدار البيضاء - المدخل - الباب 2186

مaison de l'Assurance - Place de Dakar - Casablanca B.P. 2196 Casa Gate Casablanca - 060 200 7200 / 060 203 3333

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
20-05-23			350	Doctor Amina LATIFFE - HASSAN DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE 102, Bd. Ourir Yarbi Hay Maâzola Résidence Selma 101 Casablanca Tel: 0522 897 652 - INPE: 091037903
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ 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 و طابع 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

وصف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20-05-23	107.30	
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

8^e
- Cleniderm cream

8^e
- on le dos
+
dermofix cream
8^e
- on le dos

plus matin



- Cicaplast baume + aero

on la peau

Docteur Amina LATIFI B.M.L.I.
DERMATOLOGIE - VITEOLOGIE
102 av. Dr. Birki Moustakas
Rabat - Maroc - Tel. 0524 3352 - 0524 337903
Tél. 0524 3352 - 0524 337903

10^e 8

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ain Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إخلاصية في الأراضي الجلدية والتاليسية

طبية رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- أمراض الحساسية
- الأمراض التنسالية
- التجميل
- جراحة الجلد والأظافر
- العلاج بالليزر

الدار البيضاء في:

Casablanca le : ٢٠٠٣-١٣

Folene rhéovis

- Fillerina 12 HA crème nuit grade 5

٢٠٠٣-١٤/٢

- Bone & Fin white pores cream

٢٠٠٣-١٤/٢

Videx

- Fillerina 12 HA crème jour grade 5

٢٠٠٣-١٤/٢

* - eau de rose lotion tonique po

par les rhéovis

- oxydron collagen lotion face

٢٠٠٣-١٤/٢

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oujda - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

شارع أم الريح حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الأحمد - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 - المحمول : 06 60 74 36 36

Dr. Amina LATIFI EP-HALLI
Dermatologue et Vénérologue
Résidence selma 1er étage - Oujda - Casablanca
Téléphone : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36
Date : ٢٠٠٣-١٤/٢

T.SMP



**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 : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 09/06/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 165014319 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 06/06/2023 من :
au : 06/06/2023 إلى :

Destinataire

KOURI KHADIJA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	الميليت	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
KOURI KHADIJA											
131131287	20/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES DERMATOLOGIE	107,30	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	06/06/2023	0,00
131131287	20/05/2023	CS		350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	06/06/2023	115,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
115,50											

- 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 الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام