

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M23-006222 *A70184*

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2884* Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : *DRISSI KAITANI / JOUARRI*
 Date de naissance :
 Adresse : *SK. RUE TERMI DI MAARIF CAS*
 Tél. *06 64 00 30 12* Total des frais engagés : *1233,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : *23/06/23*
 Nom et prénom du malade : *JOUARRI ARIFA* 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 connaître la clause relative à la protection des données personnelles.

Asin Le : *18/8/23*
 * (e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 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 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 إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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

06 64 00 30 12

<p>الضمان الاجتماعي LEONEL CNSS C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>REG. ANAM: 1.2.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **JOUAHRI AFIFA**

رقم التسجيل : **11116882131**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B1_14171638**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج ابن Enfant

العنوان :

مبلغ المصاريف : **12000** Dhs درهم

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **JOUAHRI AFIFA**

تاريخ الازدياد : **19111919**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B1_14171638**

الجنس : أنثى ذكر M

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر ** **10900000094**

<p>INPE et code à barres **</p>	<p>مédecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>
---------------------------------	--	--

نوع العلاجات

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie

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

Fait à : **23 11 2023** : ب : **23 11 2023**

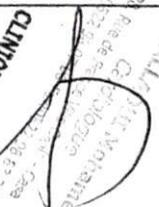
Le : **23 11 2023** : في : **23 11 2023**

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

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

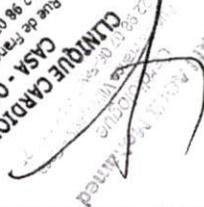
<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p>	<p>تاريخ الإيداع : 11 11 2023</p>
<p>Date de dépôt du dossier : 11 11 2023</p>	<p>تاريخ الاستلام : 11 11 2023</p>

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ 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	
23/06/2023		Stc	300,-	<p>20, Rue de France Ville Oase - Casa Tél: 0522 26 07 04 Fax: 0522 26 83 25</p> <p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS</p> 	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر 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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والتصوير	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
23/06/2023		Electrographo Cardioeg	700,-	<p>20, Rue de France Ville Oase - Casa Tél: 0522 26 07 04 Fax: 0522 26 83 25</p> <p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS</p> 	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلثون المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux			
23/06/2023		<p>PHARMACIE LAAYOUNE Dr IBRAHIMI Hind 635 rue Gouy Casablanca Tél. 05 22 26 21 04 INPE : 092038901</p> <p>PHARMACIE LAAYOUNE Dr IBRAHIMI Hind 635 rue Gouy Casablanca Tél. 05 22 26 21 04 INPE : 092038901</p>			
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



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 07/07/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	111688233	رقم التسجيل	JOUAHRI AFIFA
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 07/07/2023	: من		
au : 07/07/2023	: إلى		

Veillez 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JOUAHRI AFIFA											
73717021	23/06/2023	R400	CARDIOLOGIE	700,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	07/07/2023	455,00
73717021	23/06/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	07/07/2023	175,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							630,00
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							630,00

- 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



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 23 Juin 2023

Mme JOUAHRI Afifa

FACTURE N° 000380/2023

Date	Désignation	QT	Montant
23/06/2023	Echographie Cardiaque	1	700,00 0,00 0,00 0,00
			700,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Sept cents dirhams (700,00 dhs)

M. ALLOUHI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25
CASA - OASIS
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 23 Juin 2023

Mme JOUAHRI Afifa

FACTURE N° 0141373/2023

Date	Désignation	QT	Montant
23/06/2023	Consultation Cardiologique+ECG		300,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			300,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Trois Cents dirhams (300,00 dhs)

(Faint stamp and signature)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casab
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

(Faint stamp and signature)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casab
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et
Pathologie Vasculaire
de la Faculté
de

Médecine de PARIS
Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

^{up}
Dr. JOUARI ALEX

23 06 23

PHARMACIE LAAYOUNE
Dr IBRAHIM Hind
635 Rue de France Ville Oas
Tél : 05 22 26 21 04
INPE : 092038991

Relaxium 375

S.V

dep sou a Jmij

PHARMACIE LAAYOUNE
Dr IBRAHIM Hind
635 Rue de France Ville Oas
Tél : 05 22 26 21 04
INPE : 092038991

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oas - Casa
Tél : 05 22 26 21 04 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

Handwritten signature

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca