

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

COMPLEMENT

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société : AT2960

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MAROUI

Date de naissance :

01-01-48

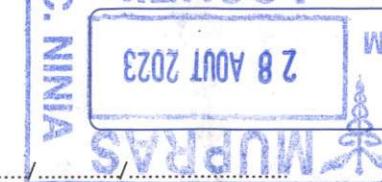
Adresse :

51, Rue Hassan II Hay El Yama

Tél. : 0662.211.3603 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 :

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 : 28/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Elouf

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

RELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



بيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Page 1 /1

الكتاب

N° d'immatriculation: 165014319 رقم التسجيل
Règlements de la période: اذاعات الفترة
du: 11/08/2023 من: م.
au: 11/08/2023 إلى: الـ

Destinataire

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

تجدون أدناه مجلد تعريفات التأمين الصحي الإجاري التي استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

- Sauf erreur ou omission

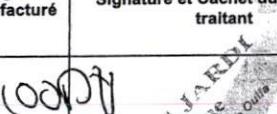
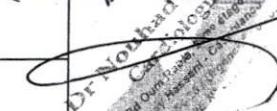
ما عدا خطأ أو نسيان

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/Portal/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
80 203 3333 / 080 200 7200

- للمزيد من المعلومات:
- يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
- أو الزيارة الالكترونية للمؤمن لهم
- أو تطبيق الهاتف
- أو الاتصال بالمحبوب الآلي على الرقم
- أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Description des actes effectués					توقيع و طابع الطبيب المعالج
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
08/07/2019			45 300(00)DH		
INPE et code à Barres 08/07/2019					
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

بيانات 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 _____					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاریخ 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 _____					
INPE et code à Barres _____					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٠٤/٠٨/٢٠٢٣	623. ٢٠٠٤	
INPE Code à Barres 11111111111111111111 INPE		
092054360		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

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.

دلیل‌های معتبر

ديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

جب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
ـ صفات طيبة، فواتير، ...).

لـ جـ بـ كـ تـ بـةـ الـ اـ سـ الـ كـ اـ مـ لـ لـ شـ خـ سـ الـ مـ عـ الـ جـ مـ نـ طـ رـ فـ الـ مـ اـ رـ سـ يـنـ
عـ لـىـ كـ لـ وـ رـ قـ ةـ عـ لـ اـ جـ

مُشَبَّهًا بِالرَّمْزِ الشَّرِيطِيِّ لِلَّادُوْيَةِ

جـب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق
وطوني للضمائن الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
عملية طبية، مادعا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
جـب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية
لمرجعية.

يعرض بعض الخدمات بظل رهباً بطلب المعاقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصنف.
ل الوطن للضيوف الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعبير من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة

اص بمعديريه التامين الصحي الإجباري

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 جردي
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• طبيبة سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

• طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا

• دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

• دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بير

و مري كري بباريس

Casablanca, le 04/08/2023

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Mme KOUIRI-KHADIJA

ORDONNANCE

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6118001 082025

1. BONNE HYDRATATION (2 L d'eau/ jour)

2. RÉGIME PEU SALÉ :

3. APROVASC 150 / 5 mg :

1 comprimé / jour le matin

S.V

623.20

TTT pendant 4 mois

مدة صدور
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Beahbrahim Ep. Slaoui
214, 3d. 1b^{er} Hay Hassani
Tél: 0522 36 01 64

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia - 2ème étage Oulfa
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 65 54 75 / Urgences
لبن تونس تونس

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

البريد الإلكتروني : dr.jardinouhad@gmail.com

المستعجلات : شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الالفة، حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : KÓUIRI KHAOUA 0007635

Sex : Female Case No. :

Age : 69Y Lit No. :

Clinique N : Date : 04/08/2023

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	183 ms
Temps d'écha	16s	QT Interval:	478 ms
FC:	52bpm	QTc Interval:	446 ms
P Interval:	140ms	P Axis:	50.70°Ob
QRS Interval:	135 ms	QRS Axis:	82.00°Ob
T Interval:	236 ms	T Axis:	40.00°Ob

Prompt:

P = 75mm
TA = 138/87 mmHg
Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
2 Bd Oum Rabia, 2^{ème} étage Oulfa
Hay Hassani - Casablanca
Télé : 05 22 59 52 22 / Urgences : 05 22 58 63 58

ECG

Signature Medecin :

