

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23-005530

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : AOUANE NOUSTAFI
Date de naissance : 17/09/1975
Adresse : habituelle
Tél. : 06 62 10 05 80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 11 / 09 / 2023

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 : أصدر ب :
Le : 15/08/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 15/08/2023 : إلى :
au : 15/08/2023 :
أناءات الفترة

Destinataire المرسل إليه
EL MECHRAFI AZIZA

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	تسليمات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإجراء	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
EL MECHRAFI AZIZA											
114718319	26/07/2023	V2	GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	190,00	1,00	1,00	190,00	77,00	15/08/2023	146,30
114718319	26/07/2023	ECHO	GASTRO-ENTEROLOGIE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	15/08/2023	154,00
114718319	26/07/2023	PH	PHARMACIES D	386,30	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	15/08/2023	106,41
114718320	25/07/2023	PH	OFFICINES PHARMACIES D	40,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	15/08/2023	0,00
114718320	25/07/2023	CS	OFFICINES GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	15/08/2023	115,50
114718320	25/07/2023	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	15/08/2023	154,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											676,21
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											676,21

- 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

للحصول من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمحبيب الالبي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة دلكار - 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

Indice de révision : 02, 28.03.2019

0662/100580

Instructions à suivre

Établir 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير،...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفه الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier :</p>	<p>Date d'arrivée :</p>

<p>الضمان الإجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 Réf.</p>
---	--	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **EL DECHRAFI AZIZA** : الإسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : **141514510123131** : رقم التسجيل

N° CIN : **1415143311111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : **123 RUE ABON EL WAST, LES SOUKAT B. OPS BOURKOUJE CASA** : العنوان

Montant des frais : **درهم** : مبلغ المصاريف

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

Déclaration du Médecin traitant

صريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe * : **M** ذكر **F** أنثى

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
---	---

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : **Oui** **Non** : قبول المرض المزمن *

N° dossier ALD :

Code ALD :

Maladie * مرض * Hospitalisation* استشفاء*

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

Fait à : **123** : ب : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : **123** : في : **123**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e) : **Assuré** : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



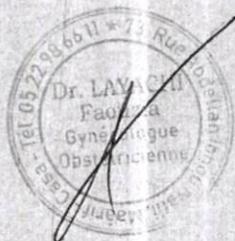
Dr. Layachi - Tahiri Faouzia
Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif
Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11
Gsm: 06 28 56 92 59
Casablanca

Casablanca, Le : 25/07/12

RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme
de six cents (600dh) dirhams de
Mme EL MECHRAFI AZIZA pour
Une consultation spécialisée (300 dh)
+ une échographie pelvienne (300 dh).



Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 25/07/2023

Mme El Mechrafi Aziza

DERMOFIX poudre

1 appl par jour

EFFICORT

1 appl par jour (pendant 1 mois)

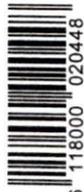
4060



PHARMACIE EL MECHRAFI AZIZA
ANNEE 2023
Tél: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11



Efficort[®] Hydrocort[®] 0,127%, crème
Tube de 30 g
AMM N° : 59 56/42



Dr. Layachi - Tahiri Faouzia
Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - MAARIF Casablanca
Tél : 0628 56 92 59
Email : dr.fauzialayachi@gmail.com

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

25/07/2023

Mme EL MECHRAFI Aziza

Indication: DOULEUR PELVIENNE AIGUE

-Utérus

Position

Antéverse antéfléchi

- Contours
Réguliers

- Dimensions
Distance fond -isthme : 37 mm
Epaisseur au niveau du corps : 12 mm
Largeur dans le fond utérin : 21 mm

- Echostructure
Homogène

- Endometre
Régulier, mesure 2.2mm

- Annexes atrophiques

- Douglas : Libre

Conclusion

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE
METEORISME INTESTINAL

