

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-010026

A9 362

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2822 Société : 2 AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. A. EL HADIDI A. M. A.

Date de naissance : 08/09/57

Adresse : ALMAZIA RESIDENCE RUE BEN YOUSSEF, 903. Imm. 10, 80000

DAISY SIDIKA DR. SABER

Tél. : 06 07 35 55 01

Total des frais engagés : 11.78.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

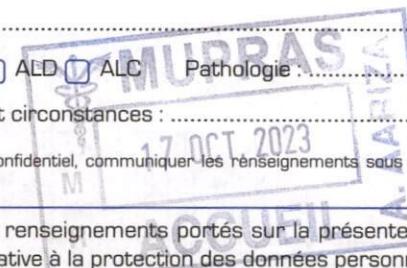
Enfant

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.

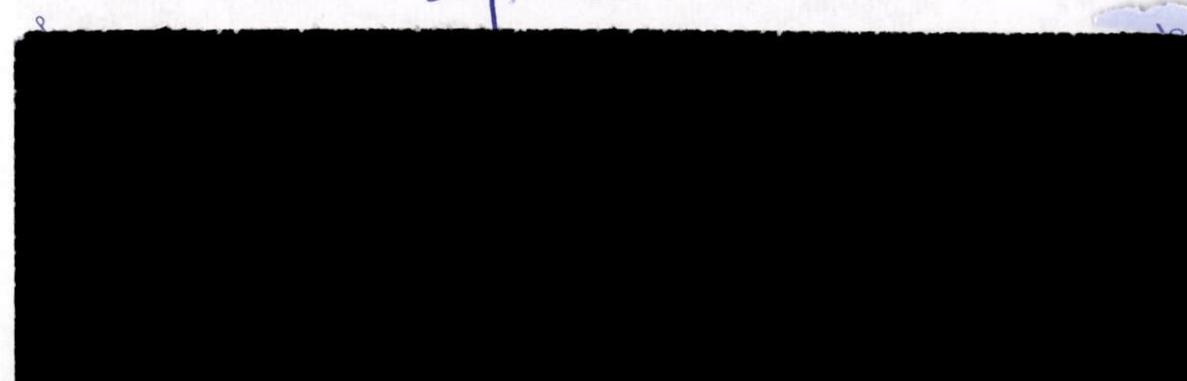


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 022204545

Le : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. A. EL HADIDI



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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

suivre

le de soins par personne et par ins doit être accompagnée de ces justificatives originales fcales, factures,).

nom de la personne soignée es par les praticiens eux mmes de soins.

es transmises doivent être des codes à barres des stés.

soins ainsi que les pièces ent être présentées à la CNSS is qui suivent le premier acte a traitement médical continu. as, le dossier doit être présenté (60) jours qui suivent la fin du

ent des frais engagés sera e de la tarification nationale de

ions ne peuvent donner lieu au que suite à accord préalable. nières est disponible auprès de s.

aux accidents du travail et onnelles ne sont pas couverts.

ipable de fraude ou de fausse btenir des prestations qui ne possible des sanctions légales

nsourement prise par la au respect des conditions qui précède.

توقيع ود
de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المرسلة 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 المصرفة على أساس التعريفة 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 عش أو تصرير كاذب للإسقافية من خدمات غير مستحقة، سيعاقب بفق المسامير القانونية.

حيث التغويض من طرف الصندوق الاجتماعي للضمان الاجتماعي رهن باحترام أسماء المرضى والخدمات

أخص به

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	موافقة مسبقة * Entente préalable	تنفيذ * Exécution
---	---	-------------------------------------	----------------------

Ref. ANAM : 1.2.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Benchergui Mohammed

N° Immatriculation : 191610141314113

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : رue 22 Citadis, route 3 10, Neuville
cosy banka العنوان :

Montant des frais :

1179.60 درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

01

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : Benchergui Mohammed

Date de naissance :

N° CIN : 19161131981

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

INPE et code à Barres**

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation

استئصال

سترة

أمومة

Accident

حادثة

Maladie

مرض

J'affirme sur l'honneur l'exhaustivité et la vérité des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :

Le :

14/01/2016

من

Si

Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.

Fait à :

Le :

10/01/2016

توقيع

Signature du Médecin traitant

Signature de l'assuré

Signature de l'assuré

مديرية التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

06 66442298

Réf. - 610-1-02

Ref. ANAM : 1.2.01.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

زوج

ابن

مبلغ المصاري :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري*

actes effectués		وصف العمليات المجرأة		
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	
CS		500DH	Dr Ilhame SLASSI Professeur de neurologie 37, Rue Hassan Hay Hanan Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84 INPE : 91032458	
S				
S				

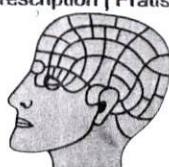
caux		عمليات المساعدين الطبيين			
رمز العمل Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الحياتية والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الحيائني Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	678.40	٢٠٢٣/٠٧/٠٧
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرابي
أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ
وأمراض الجهاز العصبي

07/07/2023
Casablanca, le

MR BENCHERQI MOHAMED

126, 20 x 3

- No-dep 50 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

298, 00

- Madopar 250 mg - comprimé quadrisécable

1/2 Comprimé, matin, midi, soir, à distance des repas, pendant 3 mois

678, 40

Dr. Ilhame SLASSI

Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hanafi
Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84
INPE : 91032458





**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 :

صفحة

Page 1 /1

N° d'immatriculation	160473718	رقم التسجيل
Règlements de la période		أذاءات الفترة
du :	30/08/2023	: من
au :	30/08/2023	: إلى

Destinataire

BENCHERQI MOHAMMED

المرسل إليه

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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	ناريخ 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
BENCHERQI MOHAMMED											
97932047	07/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES NEUROLOGIE	678,40	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	30/08/2023	474,88
97932047	07/07/2023	CNP		500,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70,00	30/08/2023	133,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ـ 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 إلى الضمان على الأرقام