

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 28 84 Société : 183696

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DRISSE RAHMANI / JOUAHER

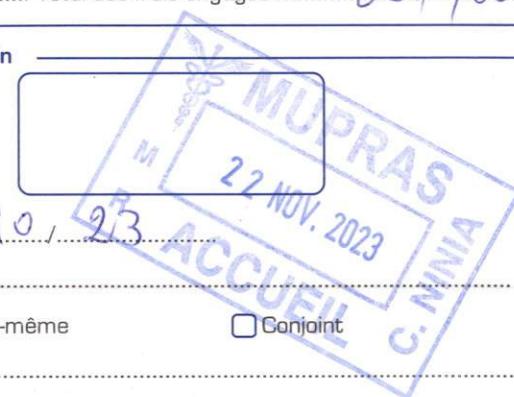
Date de naissance : A.F.F.A

Adresse : 52, RUE TERMIDI MAARIF

Tél. : 06 64 00 30 121 Total des frais engagés : 834,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/23

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 : DRISSE RAHMANI Le : 22/11/23

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

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

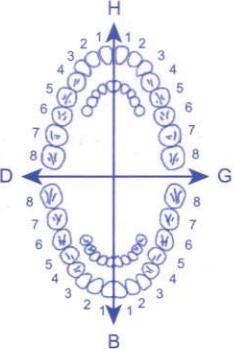
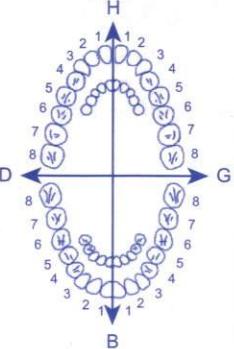
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux																								
																												
																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
B	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
B	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
				MONTANTS DES SOINS																								
				Coefficient 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

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.

Instructions à suivre

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 المبلغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
 لاحقة 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة
 Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
 Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الاستلام :

تاريخ الإبداع :

06 64 80 30 * 12

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <small>موافقة مسبقة*</small> <small>Entente préalable</small> </div> <div style="text-align: center;"> <small>تنفيذ*</small> <small>Exécution</small> </div> </div>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم ANAM : 12.01.01 Réf. ANAM : 12.01.01
--	--	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JOUAIRI AFIFA
N° Immatriculation : 1111688233
N° CIN : 18-417638

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 52, RUE TERMIDI, Maamid Cas

Montant des frais : 834,020 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : JOUAIRI AFIFA

Date de naissance : 10/01/1969
N° CIN : 18-417638
Sexe : M ذكر F أنثى

INPE et code à Barres**
1111688233121
Médecin traitant DR. HAMSI Hamza
الطبيب المعالج Médecin Généraliste

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Hospitalisation استشارة Maternité نوممة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
أشهد بصحة كل ما تذكر أعلاه
المعلومات المذكورة أعلاه
صحيحة وصحتها
B : Cosa
Le : 01/14/9023

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
أشهر بمصداقية وصحة
المعلومات المذكورة أعلاه
B : Cerablanca
Le : 01/14/9023

Signature de l'assuré(e)
توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Dr. HAMSI Hamza
Médecin Généraliste

* - أشطب الخانة المناسبة
** - 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من - ب - 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

10/02/8

**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 : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 28/10/2023 : بتاريخ :

Page 1 /1

صفحة

الم Merrill إلية

N° d'immatriculation	111688233	رقم التسجيل	Destinataire
Règlements de la période du : 27/10/2023 : من au : 27/10/2023 : إلى		أداءات الفترة	JOUAHRİ AFİFA

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 المصارييف	التعريفة 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
JOUAHRİ AFİFA											
137208893	05/10/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	145,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	27/10/2023	0,00
137208893	05/10/2023	C	LABORATOIRES D ANALYSES	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	27/10/2023	56,00
137208893	05/10/2023	B		488,70	462,00	420,00	1,00	462,00	70,00	27/10/2023	323,40
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
379,40											

- 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 الى الضمان على الأرقام

وصف العمليات المجرأة					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
05/10/2023	lcs		200,00	<i>DR. MAMSI Hamza Médecin Généraliste</i>	
INPE et code à Barres <i>061316311</i>					
INPE et code à Barres <i>111111111111</i>					

CIM - 10

عمليات المساعدين الطبيين					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres <i>111111111111</i>					
INPE et code à Barres <i>111111111111</i>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأطبعة أو البصري Signature et Cachet du Radiologue ou du Biologiste	
05-10-23		13420+12C	400,00	<i>Dr. DR. DRISS Signature 400 Tel: 0522 23 35 67 MAARIF *</i>	
INPE et code à Barres <i>0930P13181</i>					
INPE et code à Barres <i>111111111111</i>					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
تارikh التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
05/10/23	145,50	<i>PHARMACIE DES PRELES OUAZZANI Touhami Karim 18, Rue Brahim Nakhai Yacoub El Mansour - Casablanca Tél : 0522 23 40 33</i>	
INPE et code à Barres <i>0930P13181</i>			
INPE et code à Barres <i>111111111111</i>			

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

مختبر التحاليل الطبية لات المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
 Pharmacien Biogiste
 Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 06-10-2023
 Mme JOUAHRI Afifa

FACTURE N° A231000128

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
E11252	Traitemet échantillon sanguin n°2	E11.25	E
E11253	Traitemet échantillon sanguin n°3	E11.25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0118	Glycémie	B30	-
0118	Glycémie	B30	-
0134	Triglycérides	B60	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0206	Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale	B150	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 420

TOTAL DOSSIER : 488.70 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 quatre cent quatre-vingt-huit dirhams soixante-dix centimes



Docteur Hmamssi Hamza

Doctorat en médecine générale
médecine esthétique
Echographie - ECC
HTA
Diabète
Suivi de grossesse
Medecin agréé pour le certificat
de permis de conduire



دكتور حمامصي حمزة

دكتوراه في الطب العام
الطب التجميلي
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
داء السكري - ضغط الدم
تبع النساء الحوامل
طبيب معتمد لشهادة رخصة القيادة

1) Touhami Afifa
99 ♂
el Neo vicq 375 - J vey
AS leg/jeget ender
2) Stimul Augenal
46 ♂
AS mus
145,50

Cachet et signature du médecin

PHARMACIE DES PRELES
OUAZZANI Touhami Karim
18, Rue Brahim Nakhai
Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 0522 23 40 33

Dr. HMAMSSI Hamza
Médecin Généraliste

n:18, 2eme étage,résidence sanaa,rue alfourate,maarif.Casablanca

hmamssi.hamza@gmail.com

0668 40 23 27

0665 21 99 67

Jr. HMAMSI Hamza
Médecin Généraliste

Date : 25/12/2023

BILAN BIOLOGIQUE

Nom / Prénom : Zecharia Afia Age : 36 Ans Sexe : M F

Groupage sanguin

- Groupe
- Rhésus
- RAI
- Phénotype Rhésus
- Coombs Indirect
- Coombs Direct

Hématologie/infectiologie

- NFS
- Plaquettes
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- Réticulocytes
- VS
- CRP
- Procalcitonine

Bilan d'hémostase

- TP
- INR
- TCT
- Fibrinogène
- D-Dimères

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Bilan glycémique

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie provoquée
- Hémoglobine glyquée

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Autres :

Ionogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl-
- Calcium
- Réserve Alcaline
- Phosphore
- Magnésium
- Magnésium érythrocytaire
- Protéines
- Acide urique

Ionogramme urinaire

- Diurèse
- Na+
- K+
- Cl-
- Calcium
- Phosphore
- Urée

Fonction rénale

- Urée
- Créatininé
- Clarté de la créatininé
- Protéinurie des 24h

Fonction hépatique et pancréatique

- ASAT
- ALAT
- Phosphatase alcaline
- Gamma GT
- Bilirubine libre et conjuguée
- S' Nucléotidase
- Amylase
- Lipase
- Electrophorèse des protéines

Bactériologie

- Prélèvement vaginal
- ECBU
- A/B gramme

Bilan hormonal

- Oestradiol
- Progesterone
- Prolactine
- Androgène
- FSH
- LH
- βHCG
- TSH
- T4
- TSH us

Sérologie et immunologie

- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- VDRL
- TPHA
- Hépatite A
- Hépatite B : Antigène Hbs Antigène Hbe Anticorps Anti Hbc Anticorps Anti Hbs- Anticorps Anti Hbe
- Hépatite C
- ASLO

Examen des selles

- Coprologie
- Parasitologie

Divers

- Teste de grossesse
- PSA
- Phosphatase acide
- Vitamine D2 Vitamine D3
- CPK
- Troponines
- BNP
- Pro BNP



20/12/2023