

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

203828

M23- N° 0034802

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21139

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : DONIES NAJIB

Date de naissance : 1-7-1954

Adresse : 144 Rue EL ZAHIAH Roches noires CASA

Tél. : 0663422594

Total des frais engagés : 1765,20 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 : Le :/...../.....

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 - RADIOGRAPHIES

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 01/03/2024 : بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 185164235 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 01/03/2024 : من
au : 01/03/2024 : إلى

Destinataire

BENNIS NADIA

Veuillez 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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
BENNIS NADIA											
147510693	12/02/2024	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	01/03/2024	175,00
147510693	12/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	465,20	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	01/03/2024	210,07
147510538	17/02/2024	CS	PHARMACIES D OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
147510538	17/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	245,70	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	01/03/2024	0,00
147510538	17/02/2024	B	LABORATOIRES D ANALYSES	912,80	737,00	670,00	1,00	737,00	70,00	01/03/2024	515,90
147510540	21/02/2024	CS	OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
147510540	21/02/2024	PH	OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES	40,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	01/03/2024	0,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الإجمالي					

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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 له
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمحبيب الآتي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الصisan على الأرقام

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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	ناریخ الاستلام: ٢٠٢١-١٢-٢٣ ناریخ الایداع: ٢٠٢١-١٢-٢٣ Date d'arrivée : ٢٠٢١-١٢-٢٣ Date d'arrivée : ٢٠٢١-١٢-٢٣

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب ارفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 تعريف 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.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

الضمان الاجتماعي FONCTION PUBLIQUE CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة Entente préalable	تقديم Exécution	رقم - 610-1-02 Réf. ANAM : 1.2.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENNIS Nadia
N° Immatriculation : 1181516416315

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : ٤٤ Rue El BAHAR Dakhraoui CASA العنوان :

Montant des frais : ٢٦٥٧٥٠٩ درهم مبلغ المصاري :

Nombre de pièces jointes : ٣ عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : BENNIS NADIA

Date de naissance :

N° CIN : ١١١١١١١١١١١١

Sexe* :

M Sexe ذكر F الجنس : Dr. Siham BELAICHE

INPE et code à Barres**

٠٩٨٠٤٧٦٨٦

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : CASA مارينا CA ب: ١٢٥٢١٩٢١
Le: ٢٠٢١-١٢-٢٣ في: ٢٠٢١-١٢-٢٣

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ١٢٥٢١٩٢١ ب: ١٢٥٢١٩٢١
Le: ٢٠٢١-١٢-٢٣ في: ٢٠٢١-١٢-٢٣

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

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) affichée devant les barres

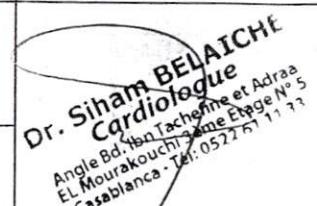
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص ٢٠٦ - ٠٨٠٣ ٣٣٣٣ - ٠٨٠٣ ٣٣٣٣

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphon : ٠٥٢٣٩٩٣٣

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

عمليات الالحیاء، الاشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
12/01/1994	CCG	300074		
INPE et code à Barres				

22/02/24	Content			
INPE et code à Barres				

CIM - 10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات

الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					

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 الالحیاء، الاشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ 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
12/2/24	174,90	Pharmacie la Solidarité 354, Bd. Ambassadeur Ben Aïcha Roches Noires - Casablanca Tél: 05 22 40 29 03 Fax: 05 22 40 14 41
INPE et code à Barres		
09/2038686		
22/2/24	290,30	Pharmacie la Solidarité 354, Bd. Ambassadeur Ben Aïcha Roches Noires - Casablanca
INPE et code à Barres		
09/2038686		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1.
Sidi Bernoussi, Casablanca
BETASERC 24MG
CP B30
P.P.V : 72,90 DH
6 118000 012641



Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إخلاصية في أمراض
القلب والشرايين
استكشاف أمراض
القلب والشرايين

22/2/24

Bonnes Fêtes

108,70 x 2

Pharmacie Ibn Tachfine
354, Bd Ambassadeur P...
Rabat, Maroc
Tél: 0522 61133

— Hassan Ben D...
— 20000

72,90

Bonnes Fêtes

27 x 2

— 1

T = 290,30

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachfine et Bd Ibn El Adraa
El Mourakouchi, 2ème Etage N° 5
Casablanca - Tel: 0522 61133

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
ه福 أسيما و (BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33



Le 12/2/24

Bonnes état

12,20

- Prog

Soft

Pharmacie la

Le 12/2/24

PREZAR[®]
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

P.P.C : 79 Dh
Lot : 01/01
V3076 11/24

79,00

- Rég

78 ml 06

13,20

-

Progik

Soft

250ml

ALGIK * 500 mg + 50 mg
16 comprimés



6 118000 070016

T=174,50

77 → 16

Progik

Siham BELAICHE
Cardiologue et Adipatologiste
Zaouie شارع ابن الدار البيضاء - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Alima Zafra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tel : 05 22 61 11 33

FEV. 12 2024 10:30

AC,DERIVAT

ID=

AGE=

BONNIS
NADIA

