

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-705229

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 4638 Société : R.A.M

Matricule : 4638

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL AMARI ABDELMDID

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse : 09 BA Driss Slaoui, Lot val d'Anfa. CASABLANCA

Tél : 06 61541875 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 11 / 04 / 2012

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
à caractère personnel.

[illegible][illegible][illegible]

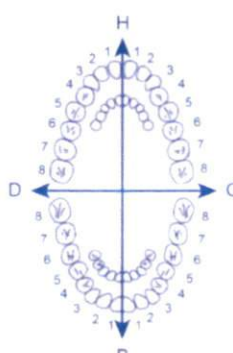
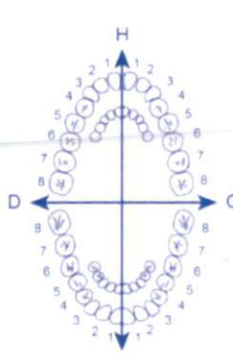
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



Référence structurée : 220313884340952

Emis à Casablanca le : []

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

HIJAZI NADIA
LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
CASABLANCA 2037

N° d'immatriculation : 141642936

Règlement du mois : 03/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
HIJAZI NADIA 077179331	14/01/2022	AMK	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
Total remboursé pour NADIA										133,00
Total général remboursé										133,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

المرسل إليه:

Destinataire :

Date : vendredi 11 mars 2022 التاريخ:
Heure : 13 h 50 WET الساعة:

HIJAZI NADIA
LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
20370
CASABLANCA



77179331

N° CNSS	141642936	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE64419	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	400 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	HIJAZI NADIA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

للمزيد من المعلومات :

merci de visiter notre site Web

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

أو الاتصال بمركز الاتصال ألو الضمان على الأرقام

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

الفاكس

الهاتف

المدينة

العنوان

وكالة

05 22 41 80 60

Fax

05 22 54 86 70

Tél

CASABLANCA

Ville

1, Place Dakar, Rond Point


Adresse

ROCHES NOIRES

Agence

Chimicolor, Maison de l'assure

GSM 0661 144206

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Re-ANAM : 1.201011 مرجع رقم 010-1-02
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :	Hijazi NADIA	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	141642336	رقم التسجيل :
N° CIN :	BE 644AB	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse :	3 BDDRISS SAOVI LOT ANDALOUSS VAL D'ANFA	
Montant des frais :	2100 Dhs	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	2	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins	تصريح الطبيب المعالج
Nom et prénom :	Hijazi NADIA
Date de naissance :	الاسم العائلي والشخصي :
N° CIN :	تاريخ الميلاد :
Sexe* :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
INPE et code à barres **	الجنس* :
Médecin traitant	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**
الطبيب المعالج	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**
Etablissement de soins	المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>
استشفاء	حادث	مرض	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus Fait à : Le : 21/01/2022 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca Le : 21/01/2022 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

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 الهاتف - 2186 الدار البيضاء - 2186 الدار البيضاء - 080 203 3333
 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء - 2186 الدار البيضاء - 2186 الدار البيضاء - 080 203 3333

21/01

Docteur. HARRIZI Ilham

Neurologue

(Adultes et enfants)

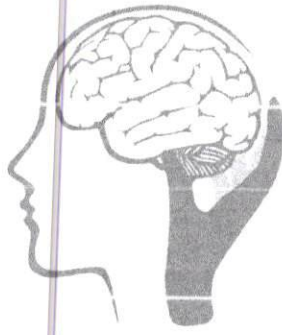
Ancien médecin du CHU Ibn Rochd
de Casablanca

Diplôme Universitaire en

Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)

Diplôme Universitaire en

Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



الدكتورة حريزي إلهام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب

العمود الفقري والعضلات

(الكبار والصغار)

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Casablanca le: 21/01/2022 : الدار البيضاء في

Chère consœur,

Merci de voir Mme H. Z.

Nadia pour ce séance
de psychothérapie


DR. HARRIZI ILHAM
310, Angle Boulevard Liberté-Rue Omar Riffi, 3ème étage, Casablanca
N INP: 121196904

310 زاوية شارع الحرية و زنقة الحاج عمر الريفي الطابق 3 رقم 34، الدار البيضاء (فوق BMCI)

310, Angle Boulevard Liberté-Rue Omar Riffi, 3ème étage, Casablanca (A côté de 17 étages)

05 22 30 60 90 06 42 89 00 50 @neuo.ilham@gmail.com

Hayat Karim Allah
Psychologue Clinicienne
Autorisation SGS n° 9497
Autorisation Préfectorale n° 10633

DATE	MONTANT
21/01/22	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents dirhams

Patient(e) suivi(e) : Mme Hijazi Nadia.

Fait à Casablanca le 21/01/22 pour servir et valoir ce que de droit

Cachet et Signature

Hayat Karim Allah

Psychologue Clinicienne

ICE :001905391000042

PSYCHOLOGUE
280, Bd Bordeaux - Casablanca
Tél: 06.39.81.41.87