

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4638

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMARI

ABDELMOJED

Date de naissance :

08/12/1958

Adresse :

09, BD Driss Slaoui, Lot n°1 d'Anfa - CASABLANCA

Tél. :

06 6154 1885

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

HIJAZI NADIA

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adjudicataire 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 : 11/04/2022

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Particien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r rr} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



المديرية العامة للتأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF :

RELEVE DES PRESTATIONS AMO

Référence structurée : 220313884340952

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

**HIAZI 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 :

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : vendredi 11 mars 2022 التاریخ :

Heure : 13 h 50 WET المساءة :

المرسل إليه : Destinataire :

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



N° CNSS

141642936

رقم ص.و.ض.ج.

N° de la Carte Nationale d'Identité

BE64419

رقم البطاقة الوطنية للتعرف

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

HIZAJI NADIA

المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي،

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

لقد توصلنا بطلبكم و سيتم 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.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

Pour plus d'informations :

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 بالموبيล الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portal/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

العنوان

Adresse

ROCHES NOIRES

وكلية

Agence

الفاكس Fax 05 22 54 86 70 الهاتف Tél CASABLANCA المدينة Ville 1, Place Dakar, Rond Point Chimicolor, Maison de l'assure

GSM 0661 144206

 الصندوق الاجتماعي CNSS Le devoir de tous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	<small>Ref. : ANAM : 12.91.01</small>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Hijazi NADIA** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **141642936** رقم التسجيل :

N° CIN : **PE 64418** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint وج

Enfant ابن

Adresse : **3 BD Driss SLAOUI LOT ANDALOUSS** العنوان :

Montant des frais : **100 درهم** مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : **21** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Hijazi Nadia** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **1982-01-01** تاريخ الازدياد :

N° CIN : **111111111111111111** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ♂ **F** ♀ الجنس :

INPE et code à barres **INPE: 1211960** * الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفّر **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشارة <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

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

Fait à :

Le : **21/01/2022** في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

CaSalilan c
21/01/2022
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

بـ:

في:

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller 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 در 2186 - الهاتف 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2166 Casa Gare Téléphone 080 203 3333

أشطب الماء المناسبة

21/01

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
21/01/2022		CC			
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين						Actes Paramédicaux
التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات 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	
21/01/2022				600 Dhs		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur. HARRIZI Ilham

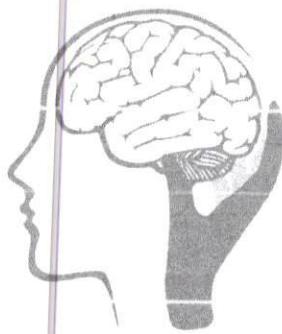
Neurologue

(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 دريزي إلهام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب

العمود الفقري والعضلات

(الكبار و الصغار)

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

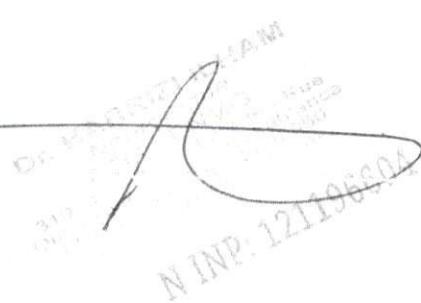
Casablanca le:... 21.01.2022 الدار البيضاء في :

chère docteur;

Yerai de mr Yassine

Nadia j'me suis

Le psy cho thérapie



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

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 Bourguignon - Casablanca
Tél: 06.39.81.41.87*