

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie 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.

Éducation :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Maladie :

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056334

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1009

Société : RAM

143447

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAAN FAR Abdelouahab

Date de naissance : 17/01/1970

Adresse : 235 Bd Youssef el Maufre, Résidence Al Andalus

Im 1512 APP 3 Casablanca 20200

Tél : 0610071011 Total des frais engagés : 221.12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dessier

+2186163
du 16/01/22

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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'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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

ACCUEIL



MME BENJELLOUN TOUMI LEILA

235 RES EL ANFAL IM 120

APPT 9 BD YASSOUR EL MANS

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

72186163

Date et heure : 26/01/2022 11:35

Nom et prénom Assuré :

BENJELLOUN TOUMI LEILA

Immatriculation :

930932/2 / 0901818/5

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJELLOUN TOUMI LEILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90142

Valeur en Dirhams :

221,50

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9766297

Nom Etablissement :

❶ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	16/03/2022	Virement	-	709,70	340,20	77,76	417,96
72048817	19/01/2022	Payé en : 56 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	488,20	246,68	56,38	303,06
72186163	26/01/2022	Payé en : 49 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	221,50	93,52	21,38	114,90
☰ 1	-	29/11/2021	Virement	-	600,00	350,00	50,00	400,00

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
01/11/2024	22150 092045368 INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]	Pharmacie NOUR KABBAJ Soumia Bd. Angle Bd. Jacoub El Mawrouf et Sidi Abderrahman - Casablanca Tél: 0522 36 89 11
	INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]	



المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى الأم والطفل عبد الرحيم الهاروشي
Hôpital Mère-Enfants Abderrahim HAROUCHI

Hôpital sans Tabac

المملكة المغربية
وزارة الصحة



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين

ORDONNANCE

Casablanca, le :



Leila Benjelloun Tou



1) Zytotec 10mg (S.V)
63.20
+ 40.00
1261
4/1 le matin pdt 1 mois

2) Omiz 20mg (S.V)
42.00
1 gélule / j pdt 14j

Omiz 20mg
14 gélules
6 118000 05



3) Relax 500 mg



BENJLI SEFRIOU Mohamed
Médéric Inelme
C/11, Rue de la Liberté, Casablanca

Rue Mohammed El Faidouzi - Casablanca - Tél. : 05 22 48 40 40 / 41 / 42 - Fax : 05 22 27 17 18 / 05 22 29 94 89

E-mail : direction@chucasa.ma - Site Web : www.chucasa.ma

Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل);

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي;

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج;

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00);

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : BENTELLOU TOUNI CAILA الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 240064 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 936 633272 رقم التسجيل :

N° CIN : 480224 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) :

Adresse : 251 St Youssef Montreux Kasbah Al Andalous 111 B12 APP 9 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 221.70 إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : BENTELLOU TOUNI CAILA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 11/08/1990 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 480224 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 090005042 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج :

Type de soins	نوع العلاجات
Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض	تم تقديم الطرف المغلق* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة	Date de grossesse :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء	Date prévue d'accouchement :
Accident* <input type="checkbox"/> حادث	Date d'hospitalisation :
	Date d'accident :
	Causes :

Fait à : Casablanca حرر بـ :

Le : 01/11/2022 في :

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca حرر بـ :

Le : 01/11/2022 في :

أصحر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج
ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع