

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.

NS1703

Déclaration de Maladie : N° S19-0050113

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4638

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL AAMARI Abdellmajed

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse :

29, Bd Driss Slami, lot. Val d'Anfa, Casab

Tél. :

06 61 54 18 85 Total des frais engagés :

Dhs

R. A. M

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HIJAZI NADIA 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 : CASABLANCA

Le : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

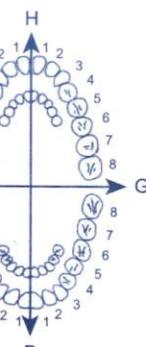
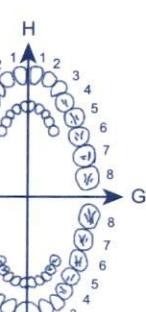
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  الضمان الاجتماعي CNSS | البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 |
| | Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023 | أصدر ب : بتاريخ : |
| | | Page 1 /1 الصفحة المرسل إليه |
| N° d'immatriculation Règlements de la période du : 01/11/2022 au : 01/11/2022 | 141642936 رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى | Destinataire HIJAZI 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 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 |
| HIJAZI NADIA | | | | | | | | | | | |
| 98034656 | 07/10/2022 | PH | PHARMACIES D OFFICINES OTO-RHINO- | 645,40 | 0,00 | 1,00 | 5,00 | 0,00 | 0,00 | 01/11/2022 | 290,01 |
| 98034656 | 07/10/2022 | D361 | LARYNGOLOGIE OTO-RHINO- | 300,00 | 337,50 | 15,00 | 1,00 | 337,50 | 70,00 | 01/11/2022 | 210,00 |
| 98034656 | 07/10/2022 | CS | LARYNGOLOGIE OTO-RHINO- | 300,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 01/11/2022 | 105,00 |
| 98034656 | 07/10/2022 | D364 | LARYNGOLOGIE OTO-RHINO- | 200,00 | 225,00 | 10,00 | 1,00 | 225,00 | 70,00 | 01/11/2022 | 140,00 |
| Total remboursé | | | | | | مجموع مبلغ التعويض | | | | | |
| Total général remboursé | | | | | | مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | |

- 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 بالجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE
HMAS
AGENCE ROCHES NOIRES

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

NAMO PV IJM-PRO AF
 RC Autre :

N° CNSS: 098034656
N° DOSSIER (s) : 1245440

Matricule Collaborateur :

Date : 12/10/10

هام جدا

للإطلاع على عدد الأيام الم المصر بها
و ل تتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
الرجو الإتصال ب 080 20 30 100
أو زيارة بوابة المؤمن له
عبر الموقع www.cnss.ma
أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



للمزيد من المعلومات



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

رقم رفع : 610-1-02

N° Dossier :

GSM 066 114 4206

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Hi JAZI NABIL الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 141 642 336 رقم التسجيل :

N° CIN : 1208 644 19 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : 9 BD Driss SLAOUI - LOT ANDALOUS - VAC العنوان :

Montant des frais :

1445,10 درهم

مبلغ المصروف :

5

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

ال المستفيد من العلاج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : ١٩٧١-١١-١١ تاريخ الازدياد :

N° CIN: ١٢٠٨٦٤٤١٩ رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : F أنثى الجنس :

INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج Etablissement de soins الم-establishement العلاجي

Type de soins: نوع العلاجات

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Recours à la médecine de soins Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أنا أشهد على صحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à : Casablanca declare les informations ci-dessus
Le : ٢٠١٤ بـ: ١٢ في: ٢٠١٤ sincere et véritables.

Le : ٢٠١٤ بـ: ١٢ في: ٢٠١٤ أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

نفع بطبع الطبيب المعالج أو الم-establishement العلاجي
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement 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) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من ٢٠٦، ٢١٨٦ - الهاتف: ٠٦٠ ٣٣٣ ٣٣٣

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

- أشطب المائدة المناسبة

Description des actes effectués

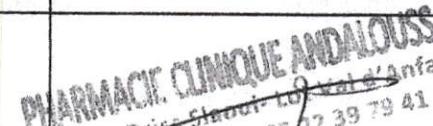
العمليات المجرأة

| نوع العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | المبلغ المفوتر Montant facturé | Signature et cachet du praticien Signature et Cachet du praticien |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 27/10/2011 | | S | 300 | Dr. Med. A. HESSISSSEN Signature et Cachet du praticien |
| INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | |

CIM-10

| العمليات المعاينات الطبيات | | | | | العمليات المساعدات الطبيات |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| نوع 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 |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| جريدة الوصفات التي تتم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | |
| تاریخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي او معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 07/10/2022 | 645.40 |  PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSSE 19, Av. Driss SLAIDI - 10000 Casablanca - Tél. 05 22 39 79 41 ICE 001875041000036 |
| INPE et code à Barres INPE et code à Barres | | |
| INPE et code à Barres INPE et code à Barres | | |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
| | | | |



A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 /32 32 FAX :022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enf *Hijab* Le 7/2/12

Renseignements cliniques :

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA+ ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT

Dr. Med. A. HESSISSE
ORL de Diagnostic et Exploration
Centre ORL AL FARABI Casablanca - CAS
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - CAS
Tél : 022 47 20 20 /47 30 30 /32 32
Fax : 022 20 18 85

Dr. Med. A. HESSISSE
ORL de Diagnostic et Exploration
Centre ORL AL FARABI Casablanca - CAS
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - CAS
Tél : 022 47 20 20 /47 30 30 /32 32
Fax : 022 20 18 85



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES
A+I

Le 27/10/2022

Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Pr. Mme. A. HESSISSEN
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
CODE AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casablanca
Tél : 02 22 47 20 20 - Fax : 02 22 30 18 85



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES
CONSULTATION

Le 07/10/2022

Reçu la somme de 300

De Mr, Melle, Mme Higga Nadia

Pour consultation ORL (C2).

Mr. Med. A. HESSISSSEY
Pr. Med. A. HESSISSSEY
Assistante ORL de Diagnostic et Exploration
C.O.D.I. AL FARABI Casablanca
Tél: 022 47 20 20 - Fax: 022 20 18 85
Mobile: 062 47 20 20 - 062 47 30 30
N° de la rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca

Casablanca le 07/10/2022

Casablanca, le

Madame

NADIA HIJAZI

Dr Abdelkrim LAMRANI

Dr. Reda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur AgrégéDr. M. Amine HESSISSEN
Professeur AgrégéDr. Mohamed BENNIS
Allergologue

115.00 x 2 = 230.00

AVAMYS

40.00 2 PULV LES SOIRS PDT 3 MOIS

PREDNISOLONE

94.00 30/30 les matins x 5p

HUMER sustanarez
3 fois par jour

144.30

ISOX 200

1 CP PAR JOUR * 7 JOURS

53.10

RELAXOL 500

1CP * 3 PAR JOUR * 7 JOURS

84.00

THERAMAG 300 B6

1 CP PAR JOUR

645.40

Signé : Professeur HESSISSEN MA

Pr. Med. HESSISSEN
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.C.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

PHARMACIE CLINIQUE AL FARABI
19, AV. DR. SIDI MOURAD - 10100 Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 19 74 41
ICE 0011500000036



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca
Tel 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

ORL
Diagnostic & Explorations

الأنف والحنجرة
التشخيص والعلاج

FE13488
H:2021/12
2024/12

LOT



Gilaxosmithkline Maroc
Ain El Aouda
Rabat
PPV: 115,00 DH
118001 142262



Gilaxosmithkline Maroc
Ain El Aouda
Rabat
PPV: 115,00 DH
118001 142262

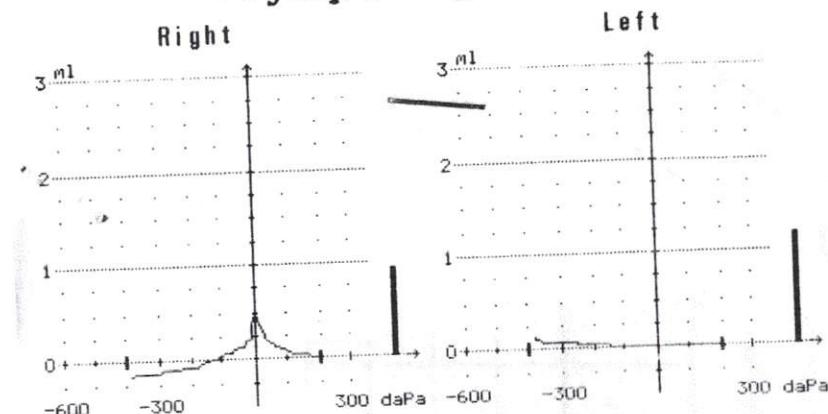


GILAXOL SODIUM 0,25%
P.P.V. 140042
PER: 01/2025
6 118000 060833

6 118000 060833
ISOx® 200 mg
Cetodoxim
20 gélules
PROIMOPHARM S.A.

1/HERAMAG®
B6
300

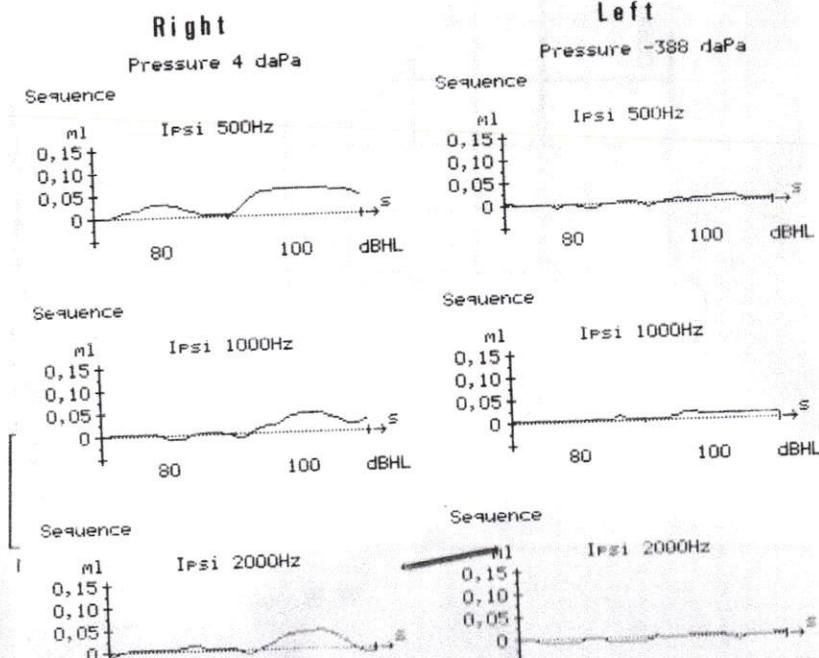
Tympanogram



Ear Volume 0.95 ml
Compliance 0.50 ml
Pressure 4 daPa
Gradient 0.36 ml

Ear Volume 1.18 ml
Compliance 0.13 ml
Pressure -388 daPa
Gradient

Reflex



code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM

Hijazi
Nadia

Prénom

Date de naissance Date d'examen 07 Oct 2022

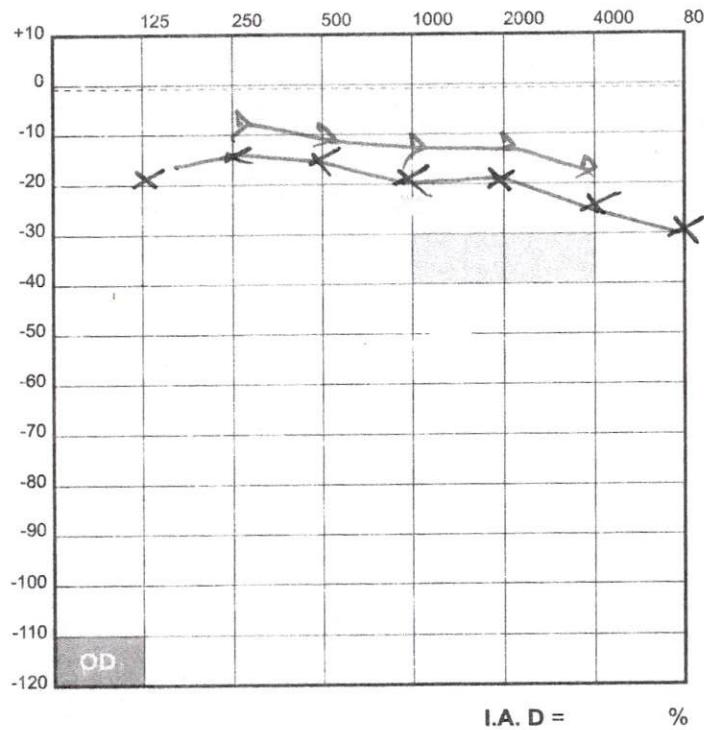
Observations

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Avenue Roudani Casablanca
Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 28 13 63
INPE : 00162-113

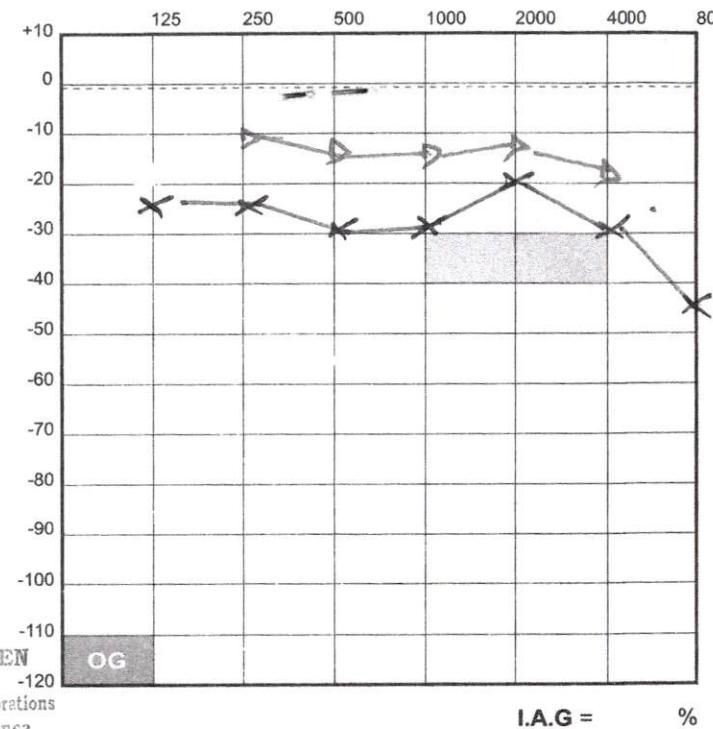


ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة



| PERTE AUDITIVE | |
|----------------|----|
| OD | OG |
| 500 hz | db |
| 1000 hz | db |
| 2000 hz | db |
| 4000 hz | db |
| PAM | db |




Pr. Med. A. HESSISSEN
 O.R.L.
 Centre ORL & diagnostic et Explorations
 C.O.D.E AL FARABI Casablanca
 Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
 Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 05
 INPPE : 091033753

