

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1798 Société : 155357

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : habituelle

Adresse :

Tél : 0662 102570 Total des frais engagés : 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 :

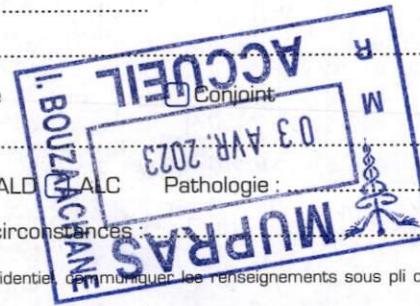
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : la Le : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



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 un 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 un 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 و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

بيان تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفّرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للإستفادة من خدمات غير مسحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

 الجهاز الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	<h2>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</h2> <h3>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</h3>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	<small>Ref. : ANAM 1.2.0.01</small>
		مرقم رقم : 610-1-03

Nom et prénom : EL NECHRAFI AZIZA		الاسم العائلي والشخصي : EL NECHRAFI AZIZA	خاص بالمؤمن له (لها)
N° Immatriculation : 12345678901231331		رقم التسجيل :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° CIN :	AT_21_1433_1_1		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : 123 Rue Abou el WATT. Résidence SIDIQAT - B. OFF 9 Bourgogne CASA	العنوان :		
Montant des frais :	درهم -----	Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	-----		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins	تصريح الطبيب المعالج		
Nom et prénom : EL NECHRAFI Aziza	المستفيد من العلاجات		
Date de naissance : 1-1-1989	الاسم العائلي والشخصي :		
N° CIN : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس * : Dr. Chadia BENCHEQROUN		
INPE et code à barres **			
Médecin traitant الطبيب المعالج	رقم الوطني للطب No INP : 091 021 865		
Etablissement de soins الموسسة العلاجية Dr. Chadia BENCHEQROUN, CAROLINE, 60 Avenue d'Angle, Angle Rue Washington, Casablanca, Tel: 0522 29 33 62 / Fax: 0522 29 41 41			
Type de soins	نوع العلاجات		
Admission ALD *:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن *:
N° dossier ALD :	1-1-1-1-1-1-1-1-1		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	1-1-1-1-1-1-1-1		رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*	<input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشارة*		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أشد بصحبة كل ما ذكر أعلاه		
Fait à : Le : 12/04/2023	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : Casablanca			
Le : 12/04/2023			
توقيع و طابع الطبيب المعالج او الموسسة العلاجية			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			
Dr. Chadia BENCHEQROUN, CAROLINE, 60 Avenue d'Angle, Angle Rue Washington, Casablanca			

GIM-10

Actes Paramédicaux						العمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغور Montant facturé	توقيع و طابع 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 تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/01/23	58620	PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Avenue du Phare Résidence Taghazout Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67
INPE et code à Barres  INPE 092039189		
INPE et code à Barres  INPE		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



**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 :

صفحة 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل
Règlements de la période
du : 14/03/2023 : من
au : 14/03/2023 : إلى

Destinataire

EL MECHRAFI AZIZA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	نوعية المرجعية	معامل	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
EL MECHRAFI AZIZA											
112395499	24/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	536,20	0,00	1.00	5,00	0,00	0,00	14/03/2023	412,87
Total remboursé											412,87
Total général remboursé											412,87

- 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

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr Chadia BENCHEQROUN
Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux
CES des maladies du cœur et vaisseaux
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire
Membre de la Société Française de Cardiologie
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 24 JANVIER 2023

MADAME EL MECHRAFI AZIZA

(13160 X3)
1/- TAREG 80 MG



(13660 X2)
2/- AMLOR 5 MG

1 CP/J. LE MATIN.



TRAITEMENT DE 3 MOIS.

53620

الدكتورة شادية بنشرعون
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

~~PHARMACIE LA HAJJA JMA
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 61~~

63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca-
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

