

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.



Déclaration de Maladie

M23-005529

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AOUAME MOSTAFA

155759

Date de naissance :

Adresse : mutuelle

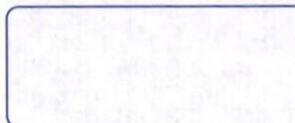
Tél. : 0662.400570

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

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.

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 : 03/04/2023

Le : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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.

تَعْلِيماتٍ يُجَبُ اِتَّبَاعُهَا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المسترامة.

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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة 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 مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

<u>توقيع و طابع الوكالة</u> <u>Cachet et signature de l'Agence</u>	<u>خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري</u> <u>Réservé à la DAMO</u>
Identification de l'agent :	Date d'arrivée : تاريخ الإيداع:

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
N° Dossier :			خاص بالمؤمن له (لها)		
Partie réservée à l'assuré(e)					
Nom et prénom : EL MECHRAFI AIT TA N° Immatriculation : AI54502333			الاسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل :		
N° CIN : AI-241433-1			رقم بطاقة التعريف الوطنية : 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 : 125, Rue Abou el WhatsApp - Bourgogne - CASA			العنوان :		
Montant des frais : درهم -----			مبلغ المصروفات :		
Nombre de pièces jointes : -----			عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du Médecin traitant					
Bénéficiaire de soins					
Nom et prénom : EL MECHRAFI Date de naissance : A 212 A			تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات الاسم العائلي والشخصي :		
N° CIN : AI-1-1-1-1-1-1-1-1-1 Sexe * : M ذكر			تاريخ الإزدياد : رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
INPE et code à barres ** 			الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق ** Doctor Arab NACIRI Dr. Naceri Etablissement de soins المؤسسة العلاجية Maladias Bank Rue Naceri Tel: 02 482 46 نوع العلاجات		
Type de soins Admission ALD * : Oui N° dossier ALD : ----- Code ALD : ----- Maladie * : مرض			قبل المرض المزمن * : رقم ملف المرض المزمن : رمز المرض المزمن : استشفاء * :		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : Le : 1-1-1-1-1-1-1-1-1 توقيع المؤمن له			أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة على ما ذكر أعلاه بتسلسلها وفقاً للبيانات المقدمة في :		
Signature de l'assuré (e) 			Signature et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins 		

Description des actes effectués

وصف العملات المحددة

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 طالب المطلب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
	31/02/2014	00000000000000000000000000000000	NACIMI	300	Dr. NACIMI
INPE et code à Barres	9-11-11-11-11-11	48246-846347			Dr. NACIMI
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الأحيان

Signature et Cachet du R

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاسعنة او الاحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _				

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعاونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات
الطبية

**Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Équipementier des dispositifs médicaux**

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

Nature de la prestation

Prix Unitaire

Quantité

Prix Total

Nature de la prestation	VAT ordinaire		

**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

مراجع رقم :

صفحة

Page 1 / 1

المؤمن إليه

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 28/02/2023 من
au : 28/02/2023 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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعرية 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
EL MECHRAFI AZIZA											
112381860	03/02/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	264,80	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	28/02/2023	134,98
112381860	03/02/2023	CS		300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	77,00	28/02/2023	115,50
Total remboursé											
Total général remboursé											
250,48											

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



CMR
EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Pléthysmographie
Spirométrie - Oscillisme
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد الibrاري

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

03/02/2023

Madame EL MECHRAFI Aziza

87,30 MONO-ZECLAR 500 - bte de 5 comp :

1 comp. midi avant repas x 5 jours

89,50 FITOPOLIS Spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours

88,00 CURTEC : 1 comp le soir x 10 jours

264,80

PHARMACIE AHJAJMA
Téléphone : 05 22 94 93 47 / 05 22 94 93 47
Fax : 05 22 94 93 47 - E-mail : soufflemaroc@gmail.com

مکرر، زنقة ابن بابك - راسيني - المعاريف - الدار البيضاء، الهاتف : 05 22 94 93 47 / 05 22 94 92 46 - ايميل : soufflemaroc@gmail.com
5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA. Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23 - E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : cmr-maroc.com

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81
de 08 heures à 19 heures

FITOPOLIS® SPRAY GORGE



8 435100 801172

éristeur

Lot n°:
A consommer de
préférence avant le :
PPC : 89,50

urifiee riche en polyphénols et en bioflavonoïdes,
actifs naturels tels que l'échinacée, l'eucalyptus, le
synergie pour contribuer à calmer et à adoucir
d'italiers procurant ainsi un soulagement des maux

de miel, sorbate de potassium,
trait sec de propolis (0,58% galangine),
ait sec de propolis (0,58% galangine),

... comprimés par jour en 1 prise pendant jours.
Traitement débuté le

..... فرض (الross) في اليوم التالى دفعه واحدة خالل
بذا العلاج بتاريخ

MONOZELAR® 500mg
Boîte de 5 COM PEL
P.P.V : 87,30 DH



6 1180001183821
Maphar
Km 10, route cotière 111
Q1-Zenata, Ain Sébaâ, Casablanca
Maroc



Curtec® 10 mg
Cetirizine
30 comprimés sécables
6 118000 041870

POLIS®
RAY GORGE