

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUSTAFA
Nom & Prénom :		AOUAME	
Date de naissance :			
Adresse :		Institutionnelle	
Tél. :		0662100580	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

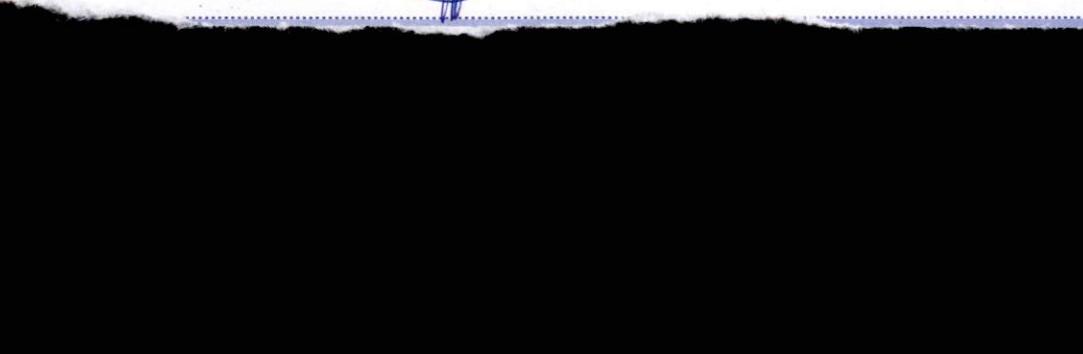
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la 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 : 30 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :





**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 : 610-2-06

صفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	154502333	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 12/04/2023	: من	
au : 12/04/2023	: إلى	

Destinataire

EL MECHRAFI AZIZA

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
EL MECHRAFI AZIZA											
116378430	28/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES GYNECO OBSTETRIQUE	313,10 ✓	0,00	1.00	4,00	0,00	0,00	12/04/2023	50,05
116378430	28/03/2023	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	200,00 ✓	150,00	1.00	1,00	150,00	77,00	12/04/2023	115,50
116378430	28/03/2023	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	200,00 ✓	200,00	1.00	1,00	200,00	77,00	12/04/2023	154,00
116378429	31/03/2023	CS	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	250,00 ✓	150,00	1.00	1,00	150,00	77,00	12/04/2023	115,50
116378429	31/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	78,00 ✓	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	12/04/2023	0,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
435,05											

- 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 بالمحبيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Instructions à suivre

تَعْلِيماتٍ يُجَبُ إِتْبَاعُهَا

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طبية، فهـ اند ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

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.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المراجعة.

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.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

٥٦٦٢١٠٥٤٨



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. : 610-1-03

Réf. : ANAM 1.2.01

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها) _____

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL DERHIFI AÏZA _____

الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1415102123131

رقم التسجيل :

N° CIN :

A2141631_1_1_1

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوجEnfant ابن

Adresse : 123 Rue Aben EL WATT, LES SORCIER. B QRY العنوان :

Montant des frais : درهم -Dhs. مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : إسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الإزيداد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ذكر F أنثى الجنس *:

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
---------------------------------	---

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD *: Oui Non قبل المرض المزمن *:

N° dossier ALD : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رمز المرض المزمن :

Maladie* مرض * استشفاء*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je déclare les informations ci-dessus أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Le : 12/10/2013 Je déclare les informations ci-dessus sincere et véritables.

Fait à : Le : 12/10/2013

توقيع و طبع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* اطبع الخلقة المناسبة

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء من 1866 - 080 200 7200 / 080 283 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR, Casablanca BP 24800 Casablanca Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

0662/100580

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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة 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 كان قد للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع وطبع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خالص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

تاريخ الإستلام : _____

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

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **EL MECHLIFI AÏCHA**

N° Immatriculation : **141143121_1_1**

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : **123 Rue Abou EL NAGT. Les SELLAMI B offr 9
BOURGUENE CASA**

Montant des frais :

درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

.....

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **EL MECHLIFI AÏCHA**

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe *:

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

INPE : 031019448

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

.....

.....

Code ALD :

Maladie* مرض *

Hospitalisation*

استشفاء *

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

Fait à : **DAKAR**

Le : **10/11/2023**

توقيع المعنون له

Signature de l'assuré (e) **Redha**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : **10/11/2023**

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

Dr. BELQADI EZZEDINE - Maafir

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accorder l'étaquête portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) et le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 - 080 202 2384 84 - 080 200 7200 / 080 203 3333

080 200 7200 / 080 203 3333 - 080 202 2384 84 - 080 200 7200 / 080 203 3333

080 200 7200 / 080 203 3333 - 080 202 2384 84 - 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوترة Montant facturé	وصف العمليات المجرأة Signature et Cachet du Médecin traitant
31 MARS 2013	C2		+ 2895 dhs	Dr. BELQAÏD FAOUZI Spécialiste ORL. 118, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tel: 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوترة Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
					ANESTHESIE : 000 ANESTHESIE : 000
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوترة Montant facturé	العمليات الإحياء، الأشعة و الصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/3/23	7800	PHARMACIE AHJAMA Avenue du Père Bessidaine Elgazouli Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67
INPE et code à Barres		
092039189		
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

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقدير الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للفطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

31/03/2023

Madame EL MECHRAFI Aziza

78-0

BETASERC

1 comprimé 2 fois par jour pendant 15 jours.



Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67

PHARMACIE LA HALIMA
AVENUE DE LA HALIMA - 1010 05 22 20 28 67
BIR ANZARANE RAMZI (B) 2eme Etage - Maârif - Casablanca 20100 - Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53

BETASERC'24 MG
CP B30



6 118000 012641