

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

193707

Optique

Complément

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AZHAK Nofared

Date de naissance : 23/01/1954

Adresse : 58, Lekh Al Adarissa Sidi Naasuf CASA

Tél. : 0563 847 65

Total des frais engagés : 782,50

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELSFIK 2 Akif 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.

06 FEV. 2024

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 : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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 - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with points H (top), B (bottom), D (left), and				

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضوروية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
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 الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأسمتها بالوصفات المرسلة.
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 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 حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف حمود سنتين (60) يوما من انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المدروسة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.		الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبلدة السننية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية. كل من ثبت عليه غش أو تنصير كان للإستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.
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.		حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		
توقيع وظطاع 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 الإيداع:		Date d'arrivée : تاريخ الاستلام

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات lettre clé+ notation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
20/01/2018	300	CS	300		
	42800				
20/01/2018	42800				
DUE				100	
51114967					

عمليات المساعدين الطبيين						
Actes Paramédicales	تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
INP : []						
INP : []						
INP : []						
INP : []						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الأحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Colation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	نوفج وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP : []						
INP : []						
INP : []						
INP : []						



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

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

- Laboratoire de physiologie clinique**
- Pléthysmographie
- Spiromtrie - Oscillangraphie
- Polysomnographie
- Gaz du sang artériel
- Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

دكتور ع. النصري
Dr. Arabi NACI
Professeur agrégé
Pneumophtisiolog

10/01/2024

Madame EL OFIR Zakia

LEVAMOX 1g : 1 sachet 2 fois par jour x 6 jours

DOCIVOX : 1 c à soupe 2 fois par jour x 6 jours

FITOPOLIS spray :

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

3 fois par jour x 5 jours.

FOULOUH - rahim

Docteur en Pharmacie

19 Lot Al Adarissa Sidi Maâ

Tel 0522 43 52 25 Casablanca

1992-1993 CONVENTION

115.7 rad. ~~Ac 600~~

1. Wie kann man die Welt Wandeln?

Maladie de l'ophtalmie

5 gis RHE

✓

1947

50/31

59 81

ANSWER

الدعاية = المعاشر = الأداء المعاشر

Pour les rendez-vous : tél. 06 66 79 59 81



الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

10/01/2024

Madame EL OFIR Zakia

COMPTE RENDU

Radiographie thoracique de face

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Absence de foyer de condensation parenchymateuse
- Aspect de péribronchite bilatérale

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
6, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 94 93 47



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 : 610-2-06

	Emis à : Le : 26/01/2024	CASABLANCA أصدر ب : بتاريخ : 26/01/2024	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période	193302413 du : 26/01/2024 au : 26/01/2024	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى :	Destinataire EL OFIR ZAKIA	المرسل إليه

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 استفدت 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 OFIR ZAKIA											
144559707	10/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	282,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	26/01/2024	86,80
144559707	10/01/2024	ECHO	PNEUMO-PHTISICLOGIE	200,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	26/01/2024	140,00
144559707	10/01/2024	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	26/01/2024	105,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
331,80											

- 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 بالجحيب الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



الدكتور م. إبراهيمي
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

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 : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

20 01 2014

M El Oufi Zouhair

Honoraires versés

Le	Consultation	300	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face	200	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil	.....	DH
Le	Pléthysmographie / DLCO	.....	DH
Le	Spirometrie - Oscilling	.....	DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie	.....	DH
Le	Polygraphie sous VNI	.....	DH
Le	Gaz du Sang Artériel	.....	DH
Le	Mise en Place de VNI	.....	DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire	.....	DH
Le	Tests Cutanes	.....	DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA	.....	DH
Le	Aerosol + Injection	.....	DH
Le	Ponction "Pleurale Biopsie"	.....	DH
Le	Ponction "Pleurale Simple"	.....	DH
Le	Echographie de repérage	.....	DH
Le	Test de marche de 60 minutes	.....	DH
TOTAL :		500	DH

Dr. ARABI
NACIRI