

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 : 2611 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI A. Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : #13.65.10# 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 :

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 : 07/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

إعلان موجه للمريض بشأن استعمال مطبوع «ملف الفحص الخاص بالأمراض الطويلة الأجل»
NOTICE A DESTINATION DU PATIENT POUR L'USAGE DU FORMULAIRE « DOSSIER D'EXAMEN ALD »

Vous êtes atteint(e) de l'une des affections de longue durée fixée par arrêté du ministre de la santé⁽¹⁾, la CNSS met à votre disposition ce formulaire pour vous permettre de constituer, auprès d'elle, votre dossier d'affection de longue durée.

Ce formulaire est à remplir par votre médecin traitant qui précisera toutes les informations concernant votre affection, le traitement que vous devez suivre, les examens complémentaires ainsi que le suivi qu'il envisage.

Ce formulaire est rempli après votre accord par votre médecin qui vous le remettra sous pli confidentiel pour le présenter à une agence CNSS ou l'adresser par courrier à l'adresse suivante :

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Direction AMO
Boîte Postale N° 2186
Casa-Gare
CASABLANCA

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
مديرية التأمين الصحي الإجباري
2186 صندوق البريد رقم
الدار البيضاء المحيطة
الدار البيضاء

بعض المعلومات المتعلقة بالأمراض الطويلة الأجل
Quelques informations concernant les affections de longue durée

A la suite de la réception du formulaire dûment complété par votre médecin traitant, une notification vous sera adressée par la CNSS vous invitant à vous présenter à un contrôle médical.

L'avis du contrôle médical vous sera rendu ultérieurement en fonction des éléments figurant sur ce formulaire.

(1): Arrêté ministériel N° 2518-05 BO n° 5384 du 05/01/2006

Ce formulaire est disponible chez votre médecin traitant et dans toutes les agences CNSS.

يضع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن إشارة المصابين بأحدى الأمراض الطويلة الأجل هذا المطبوع من أجل تكوين «ملف الأمراض الطويلة الأجل» لديه.

يجب ملأ هذا المطبوع من طرف طبيكم المعالج، الذي يحدد جميع المعلومات الخاصة بمرضكم والعلاج الواجب اتباعه والفحوصات التكميلية وكذا التتبع اللازم.

يملاً هذا المطبوع، بعد موافقتك، من طرف طبيكم المعالج ويسلم إليكم في ظرف مغلق، من أجل تسليمه لإحدى وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو إرساله بالبريد إلى العنوان التالي :



Dossier d'examen ALD

A remplir par le médecin traitant

Ref. : 610 - 1 - 01

N°: [REDACTED] (Réservé à la CNSS)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation : 1164179117110

N° CIN : 18139191091111

Adresse : 3, rue Hafid Thouroum Ap. 7 B. Boulevar Casablanca 20060

Lien de parenté du bénéficiaire de soins avec l'assuré (e) : * Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Nom et prénom du bénéficiaire de soins : Gherrabi Naima

N° CIN : [REDACTED] Date de naissance : [REDACTED] 18/1/1984 Sexe : * F M

N° identification nationale du particien : INES 601163875

* Cocher la mention utile pour chaque case

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Identification de l'agent : [REDACTED]

Date de dépôt du dossier : [REDACTED] تاريخ الإيداع : [REDACTED] تاريخ الاستلام : [REDACTED]

Un seul dossier est rempli par patient

Maison de l'Assuré- Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare
Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
Centre d'appels 08200 7200 / 080 203 3333 مركز الاتصال

DOSSIER D'EXAMEN ALD
POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'EXAMEN ALD

Ce formulaire est à remplir si votre patient(e) est atteint(e) d'une ou de plusieurs affections de longue durée qui nécessitent des soins continus ou particulièrement coûteux. Un seul formulaire est à remplir pour chaque patient.

Ce formulaire est rempli en accord avec votre patient et lui sera remis sous pli confidentiel pour constituer son dossier d'affection de longue durée auprès de la CNSS.

Ce pli confidentiel doit contenir toutes les pièces justificatives originales.

L'assuré présentera le pli confidentiel à une agence CNSS ou l'adressera par courrier à l'adresse suivante:

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Direction AMO
Boîte Postale n° 2186
Casa - Gare
CASABLANCA

Comment remplir ce formulaire

L'avis de la CNSS est rendu en fonction des éléments figurant sur ce formulaire. C'est pourquoi le diagnostic précis de l'affection de longue durée motivant la demande, confirmé par les arguments cliniques détaillés et par les résultats des examens complémentaires nécessaires, doit y figurer ainsi que les actes et prestations médicalement requis par la maladie. Il convient donc de décrire de façon détaillée le projet thérapeutique et le suivi que vous envisagez pour votre patient.

Les affections de longue durée

Votre patient peut bénéficier d'une exonération totale ou partielle du ticket modérateur restant à sa charge, s'il est reconnu atteint de l'une des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux donnant droit à exonération.

Cette liste est disponible auprès de l'ensemble des agences de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

DOSSIER D'EXAMEN ALD (à remettre sous pli confidentiel)

Information(s) concernant la maladie

Diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

ALD	CIM-10	Observations
1	_____	
2	_____	
3	_____	

Arguments cliniques

patient de 70 ans, femme souffrant de rhumatisme ischiatique

Résultats des examens complémentaires

Actes et prestations médicalement requis

Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

Cardiomètre, Aspirine 500, Lipostat 2000 mg/20

Suivi biologique prévu (type d'actes)

Recours à des spécialistes ou à des professionnels de santé para-médicaux

Cardiologue

Dr. G. B. [Signature]
Spécialiste en Cardiologie
Boulevard [Signature]
Tél. [Signature]

Durée prévisible	Date de début	Date de fin
des soins : longue durée	_____	_____
de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :	_____	_____

Autres observations

Accident de travail : Oui Non Date d'accident : _____

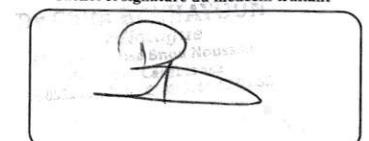
Maladie professionnelle : Oui Non

Autres : _____

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Agadir Le 21/01/2014

Cachet et signature du médecin traitant



Un seul dossier est rempli par patient

 البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مر. رقم : 610-2-06 مرجع رقم : 1 / 1	
Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2024	أصدر ب : تاريخ :	
المرسل إليه		
N° d'immatriculation : 164791710 رقم التسجيل : أداءات الفترة Règlements de la période : du : 02/02/2024 : من إلى au : 02/02/2024 : إلى		Destinataire GHERRABI NAIMA

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

تجدون أدناه جمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	الصليلات	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
GHERRABI NAIMA											
94042088	07/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	1015,10	0,00	1,00	11,00	0,00	0,00	02/02/2024	639,24
94042088	07/12/2023	CSC		350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	02/02/2024	175,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

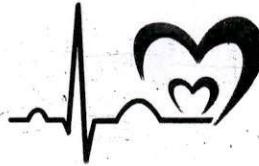
Pour plus d'informations :
 merci de visiter notre site Web
 ou le portail des assurés
 ou l'application mobile
 ou appeler notre serveur vocal au numéro
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

للززيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو الزيارة الإلكترونية للتأمين لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بال мобильн ئ على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
 D.I.U Echocardiographie
 de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
 D.U cardiologie pédiatrique
 de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
 دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو II
 دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Casablanca, Le : ٢٤/١٢/٢٠١٥

Mme Ghenni Nanne

$$(277 \times 3) = 8310$$

1) Cardio ~~age 5~~

$$(981 \times 2) = 19620$$

2) Cognel ~~5~~

$$(114.1^2 \times 3) = 34230$$

95° 3) Cetior ~~5~~

Dr Ghita BENHAYOUN
 Cardiologue
 82, Rue Moussa Ibnou Noussair
 1er étage - Casablanca
 Tél: 0522 26 02 50 • GSM: 06 61 43 05 60

~~extreme~~ ~~5~~

82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

Tél. : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

11 vignettes

5) lepau Hyl 200
 (99,50) x 3 = 298,50

Dr Ghita BENHAYOUN
 Cardiologue
 82, Rue Moussa Benoussair
 1er Etage Casablanca
 Tel: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 4305 60

(T: 1015,10)

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

6 118001 090280



Maphar
 Bd Alkimiia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 5mg cp pell b30
 P.P.V. : 114,10 DH

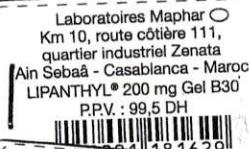
6 118001 183104

Maphar
 Bd Alkimiia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 5mg cp pell b30
 P.P.V. : 114,10 DH

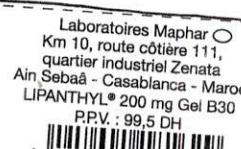
6 118001 183104

Maphar
 Bd Alkimiia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 5mg cp pell b30
 P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183104



6 118001 181629



6 118001 181629