

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0000851

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société : 193788

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : #1365,10# 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 الأمد»
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
صندوق البريد رقم 2186
الدار البيضاء المحطة
الدار البيضاء

بعض المعلومات المتعلقة بالأمراض الطويلة الأمد
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.

بعد التوصل بهذا المطبوع المعبأ من طرف طبيبك المعالج، يتم إصدار رأي المراقبة الطبية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وفقا للمعلومات الواردة فيه و قد يتطلب الأمر بعض الحالات استدعائكم للخضوع للفحص من طرف الطبيب المرافق.


سيتم لاحقا موافاتكم بقرار المراقبة الطبية اعتمادا على العناصر المكونة لهذا الملف.

(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.

يوجد هذا المطبوع لدى طبيبك المعالج ولدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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
مركز الإتصال 08200 7200 / 080 203 3333



الضمان الاجتماعي
C.N.S.S.

Dossier d'examen ALD

A remplir par le médecin traitant

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf : 610 - 1 - 01

Réf : ANAM 1.2.04.01

N°: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (Réservé à la CNSS)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation : 1161479117110 N° CIN : B13019101111

Adresse : 3, rue Hefid Ibrahim Ap 7 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date de naissance : [] [] [] [] [] [] 1984 Sexe : * ☒ F ☐ M

N° identification nationale du praticien : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

* Cocher la mention utile pour chaque case

| | |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| <p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإيداع</p> | <p>Date d'arrivée : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الاستلام</p> |

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
مركز الإتصال 08200 7200 / 080 203 3333

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
Boite 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, suivi pour Cardiopathie ischémique

Résultats des examens complémentaires

Actes et prestations médicalement requis

Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

Cardiomarone, Aspirin, Lipantyl 500, Uro M 20

Suivi biologique prévu (type d'actes)

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

Cardiologue

*Dr. Ghita Beldjoudj
Spécialiste de Cardiologie
22 rue Youssef el Khatib, P. 2186 Casa
70.052.20.250 - 70.052.20.251*

| Durée prévisible | Date de début | Date de fin |
|--|---------------|-------------|
| des soins : <i>longue durée</i> | | |
| 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 : *ASA* Le *31/01/2014*

Cachet et signature du médecin traitant

[Signature]

Un seul dossier est rempli par patient

| | | | |
|---|--|---|---|
|  الضمان الاجتماعي CNSS | 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 |
| | Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2024 | أصدر ب : بتاريخ : | Page 1 / 1 الصفحة |
| N° d'immatriculation 164791710 Règlements de la période du : 02/02/2024 au : 02/02/2024 | رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى : | Destinataire GHERRABI NAIMA 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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريفية 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 | 1015,10 | 0,00 | 1,00 | 11,00 | 0,00 | 0,00 | 02/02/2024 | 639,24 |
| 94042088 | 07/12/2023 | CSC | OFFICINES CARDIOLOGIE | 350,00 | 250,00 | 1,00 | 1,00 | 250,00 | 70,00 | 02/02/2024 | 175,00 |
| Total remboursé مجموع مبلغ التعويض | | | | | | | | | | | 814,24 |
| Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | | | | | | | 814,24 |

- 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

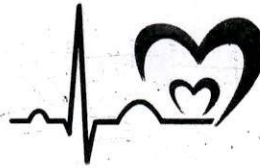
www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

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

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 و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Casablanca, Le : 07/12/2023

M^{re} Ghemah Nanne

$$(277 \times 3) = 831,00$$

1) Caudex asg 100

$$(98,1 \times 2) = 196,20$$

2) Cœur 5,610

$$(114,1 \times 3) = 342,30$$

3) Cœur 112

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1er étage - Casablanca
Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

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

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Benou Noussair
1er étage Casablanca
Tel: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

7:10 15, 10



6 118001 090280

COSYREL 5mg/10mg-○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc – Casablanca

6 118001 1831

6 118001 181629