

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Déclaration de Maladie

W21-832207

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 8763 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : NAÏT BRAHIM EL MOSTAË

Date de naissance : 09-02-69 SAFI

Adresse : 5 RUE MAUSOLEE. Q. DES HOPITAUX
CASA -

Tél. : 0661218711 Total des frais engagés : _____

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : Fadel Asma Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ 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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casa Le : 07.02.24
Signature de l'adhérent(e) : _____

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 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 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 إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 الشريطي للأدوية المستوردة.

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 يوما) من انتهاء العلاج.

سبتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنه 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 تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

| | | | | |
|--|--|--|---|----------------------------|
|  <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p> | <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> | | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> | <p>Reg. ANAM: 12.01.01</p> |
| | <p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p> | <p>تنفيذ Exécution *</p> | <p>مرجع رقم 610-1-02</p> | |
| <p>N° Dossier :</p> | | | | |
| <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> | | | | |
| <p>الاسم العائلي والشخصي : FADEL ASMA</p> | | | | |
| <p>رقم التسجيل : 113161191613718</p> | | | | |
| <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 113161191613718</p> | | | | |
| <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :</p> | | | | |
| <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p> | | | | |
| <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> | | | | |
| <p>Adresse : CADABLANCA 5 Rue Naouellet Residence EL KASH</p> | | | | |
| <p>العنوان : 1, 3 rue Naouellet, Quartier des Hôpitaux</p> | | | | |
| <p>Montant des frais : 904,7 Dhs</p> | | | | |
| <p>عدد الوثائق المرفقة : 2</p> | | | | |
| <p>Declaracion du médecin traitant</p> | | | | |
| <p>المستفيد من العلاجات</p> | | | | |
| <p>الاسم العائلي والشخصي : ASMA Fadel</p> | | | | |
| <p>تاريخ الميلاد : 1971 10 21 1981 21</p> | | | | |
| <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 113161191613718</p> | | | | |
| <p>الجنس : مذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/></p> | | | | |
| <p>INPE et code à barres :</p> | | | | |
| <p>الطبيب المعالج</p> | | <p>مبلغ المصاريف :</p> | | |
| <p>مستشفى</p> | | <p>عدد الوثائق المرفقة :</p> | | |
| <p>Type de soins : Abfection gynécologique</p> | | | | |
| <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/></p> | | | | |
| <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant</p> | | <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> | | |
| <p>Fait à : Casa</p> | | <p>Fait à : Casa</p> | | |
| <p>Le : 11 11 11 11 11 11</p> | | <p>Le : 11 11 11 11 11 11</p> | | |
| <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p> | | <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المستشفى Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> | | |
| <p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p> | | <p>تاريخ الاستلام : 11 11 11 11 11 11</p> | | |
| <p>Identification de l'agent :</p> | | <p>تاريخ الإيداع : 11 11 11 11 11 11</p> | | |
| <p>Date de dépôt du dossier :</p> | | <p>تاريخ الإيداع : 11 11 11 11 11 11</p> | | |



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 : 17/01/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 136196378

رقم التسجيل

Règlements de la période

du : 17/01/2024 : من
au : 17/01/2024 : إلى

أداءات الفترة

Destinataire

FADEL ASMA

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 | الحملات | مهنيو الصحة | مبلغ المصاريف | الشعيرة المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ إرسال الدعاء | مبلغ التعويض |
|-------------------------|------------------|---------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Numéro de dossier | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coef. | Quantité | Base de rembour- sement | Taux de rembours- ement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| FADEL ASMA | | | | | | | | | | | |
| 80348261 | 05/01/2024 | PH | PHARMACIES D | 311,70 | 0,00 | 1.00 | 4,00 | 0,00 | 0,00 | 17/01/2024 | 218,19 |
| 80348261 | 05/01/2024 | CS | OFFICINES GYNECO OBSTETRIQUE | 250,00 | 150,00 | 1.00 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 17/01/2024 | 105,00 |
| 80348261 | 05/01/2024 | ECHO | GYNECO OBSTETRIQUE | 400,00 | 200,00 | 1.00 | 1,00 | 200,00 | 70,00 | 17/01/2024 | 140,00 |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | 463,19 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | 463,19 |

- 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

Gynécologie Obstétrique
Docteur Latifa REGRAGUI

Spécialiste
Gynécologie - Obstétrique
Maladies Du Sein - Stérilité
Chirurgie Gynécologique



عيادة أمراض النساء والتوليد
الدكتورة لطيفة رگراڤي
اختصاصية
أمراض النساء والتوليد
أمراض الثدي - العقم
جراحة أمراض النساء

Casa, Le 05.01.2024

M. FADEL ASTA

- Sonde endo Vaginale
- utérus de taille normale de contours réguliers
- DIU en place
- 18 jours sécrétions mes-à-peu et couleur habituel

✓ Echographie endo Vaginale
d'aspect habituel avec
DIU en place

Dr. Latifa REGRAGUI
Gynécologie Obstétrique
122, Bd. 2 Mars Angle Bd. Mly. Idriss I
1er Etage - Casablanca
Tél. 05 22 86 35 36 - 05 22 86 35 37

إقامة نصر الله 122 شارع 2 مارس زاوية مولاي إدريس الأول - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.86.35.36 / 05.22.86.35.37
Résidence NASR ALLAH 122, Boulevard 2 Mars Angle Moulay Idriss 1^{er} - 1^{er} étage - Tél. 05.22.86.35.36 / 05.22.86.35.37

Cabinet De Gynécologie Obstétrique

Docteur Latifa REGRAGUI

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique

Maladies Du Sein - Stérilité

Chirurgie Gynécologique



عيادة أمراض النساء والتوليد

الدكتورة لطيفة رگراڤي

اختصاصية

أمراض النساء والتوليد

أمراض الثدي - العقم

جراحة أمراض النساء

Casa, Le 05.01.24

FADEL ASTA

84.90 x 3

① Duphaston

2 cp 1 fois par jour pendant 10 jours

57.00

②

Dicépine 500

2 cp 2 fois par jour

311.20

Dr. Latifa REGRAGUI
Gynécologie Obstétrique
122 Bd. 2 Mars Angle Bd Mly. Idriss I
1er Étage - Casablanca
Tél. 05 22 86 35 36-05 22 86 35 37

الصيدليات
PHARMACIE DES FACULTÉS
Docteur
94, Boulevard
Tél. 0522 86 25

إقامة نصر الله 122 شارع 2 مارس زاوية مولاي إدريس الأول - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.86.35.36 / 05.22.86.35.37
Résidence NASR ALLAH 122, Boulevard 2 Mars Angle Moulay Idriss 1^{er} - 1^{er} étage - Tél. 05.22.86.35.36 / 05.22.86.35.37

Duphaston 10 mg, comprimé pelliculé
Dydrogesterone

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que Duphaston 10 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ce médicament ?
3. Comment prendre ce médicament ?

Duphaston 10 mg, comprimé pelliculé
Dydrogesterone

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que Duphaston 10 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ce médicament ?
3. Comment prendre ce médicament ?

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que Duphaston 10 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ce médicament ?
3. Comment prendre ce médicament ?

Duphaston 10 mg, comprimé pelliculé
Dydrogesterone

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.



Dicynone® 250 mg, Comprimé Boîte de 20
Dicynone® 500 mg, Comprimé Boîte de 20
Etamsylate

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement

Dicynone®, composé
Sans objet.
Grossesse et allaitement
Les données sur l'utilisation de Dicynone® sont limitées. Par conséquent, l'utilisation de Dicynone® pendant la grossesse et l'allaitement doit être évitée.

