

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680

Société : RAT

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : SKAICI HOUSSSEINI MOHAMMED

Date de naissance : 18-07-1950

Adresse : 4, Rue ORAN (Résidence AIDA) quartier CHAUCHIER CASA

Tél. : 06 66 12 08 09 Total des frais engagés : 49,60 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 :

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'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 : CASA Le : 03 / 04 / 2014

Signature de l'adhérent(e) :



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 - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ins par personne et par t être accompagnée de ustificatives originales factures, ...).

le la personne soignée
les praticiens eux mêmes
is.

insmises doivent être
codes à barres des

ainsi que les pièces
re présentées à la CNSS
suivent le premier acte
llement médical continu
dossier doit être présent
ours qui suivent la fin du

les frais engagés seraient à tarification nationale de

peuvent donner lieu au
te à accord préalable.
est disponible auprès de

accidents du travail et
ces ne sont pas couverts.

le de fraude ou de fauxse-
uir des prestations qui ne
sible des sanctions légale

oursement prise par la
au respect des conditions
qui précède.

عليمات يحب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل جمث

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
لمرحمة.

بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة
لمسقطة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعمير.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق كرمه

توقيع وطابع الـ
Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h3> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> تنفيذ * Entente préalable * Exécution *		Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	
N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : <u>NEKOUAR RAY Keltoum</u> الاسم العائلي والشخصي :			
N° Immatriculation : <u>11613161071116</u> رقم التسجيل :			
N° CIN : <u>B 127 003</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>1_1_1_1_1_1_1_1</u>			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse : <u>4 Rue D'oran Gauthier CASSA</u> العنوان :			
Montant des frais : <u>Dr Dhs</u> مبلغ المصارييف :			
Nombre de pièces jointes : <u>1</u> عدد الوثائق المرفقة :			
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات			
Nom et prénom : <u>NEKOUAR RAY Keltoum</u> الاسم العائلي والشخصي :			
Date de naissance : <u>1-1-1981</u> تاريخ الازدياد :			
N° CIN : <u>1_1_1_1_1_1_1_1</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <u>Dr ZOHEIR Fatima</u> الجنس : <input type="checkbox"/> F <u>Dr Roudani</u>			
INPE et code à barres ** رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري : <u>109111487891</u>			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins* نوع العلاجات			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>Le : 1-1-1-1-1-1-1</u> Le : <u>1-1-1-1-1-1-1</u> في : <u>1-1-1-1-1-1-1</u>		شهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>Le : 1-1-1-1-1-1-1</u> Le : <u>1-1-1-1-1-1-1</u> في : <u>1-1-1-1-1-1-1</u>	
توقيع المؤمن له		توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>Le : 1-1-1-1-1-1-1</u> Le : <u>1-1-1-1-1-1-1</u> في : <u>1-1-1-1-1-1-1</u>			
أصر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>Le : 1-1-1-1-1-1-1</u> Le : <u>1-1-1-1-1-1-1</u> في : <u>1-1-1-1-1-1-1</u>			

INPE / RADM					
INPE et code à Barres					
					
INPE et code à Barres					
					
فبندنها والتجهيزات الطبية الممونة					
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé				
13/02/24	69,60				
INPE et code à Barres INPE: 92044841					
INPE et code à Barres 					
Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire					
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité			

Docteur ZOHEIR Fatima
Cardiologue



الدكتورة زهير فاطمة

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

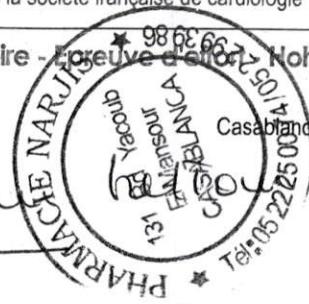
Diplômée de la faculté de Lyon

Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS
Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - ~~preuve d'efficacité~~ Holter rythmique et tensionnel

23/02/2024.

Mme Jekhounou



1/ Relaxine 3fg

rigelute letir



4960 2/ Dure 100.00

1A/115

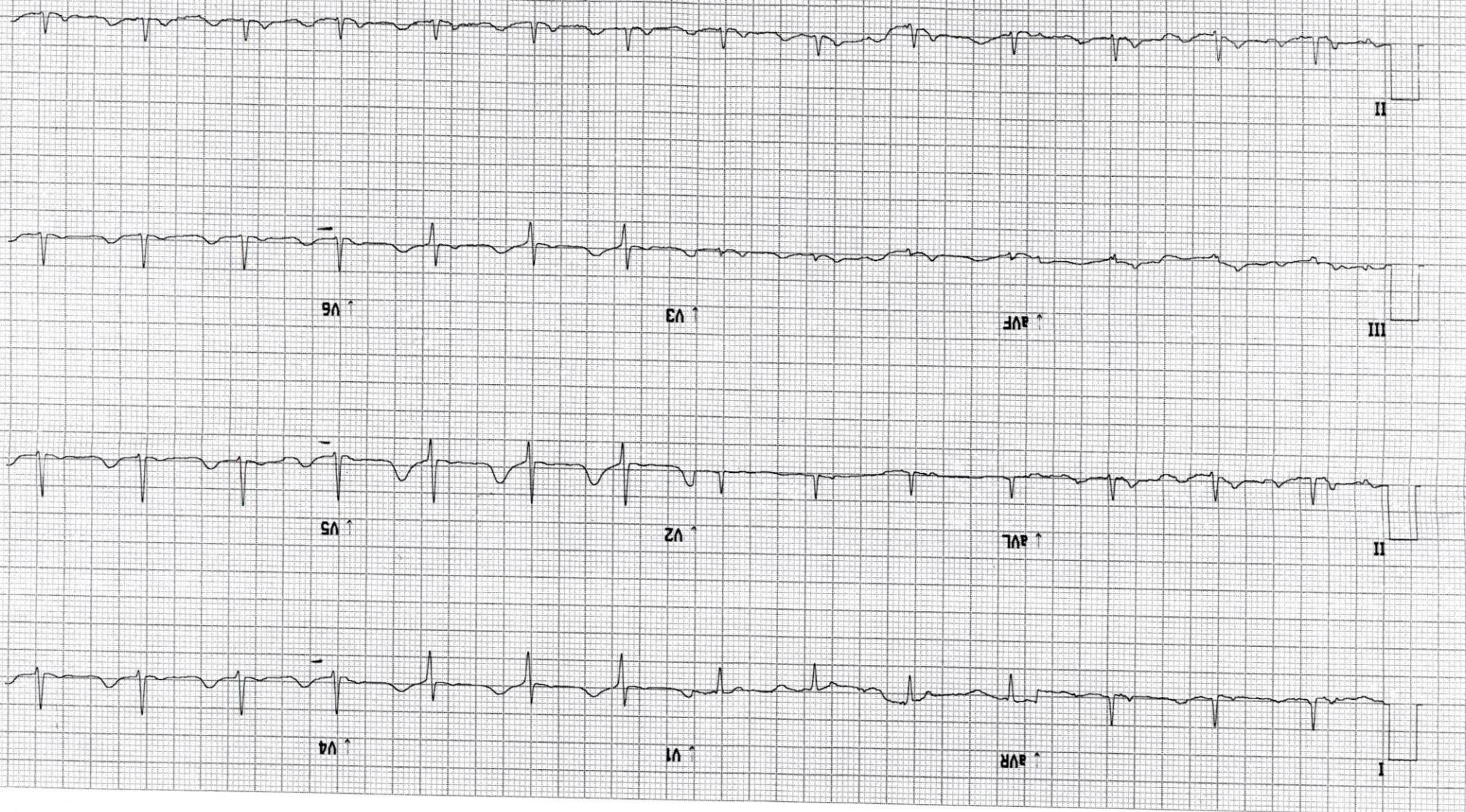
pol 200



Dr ZOHEIR Fatima
Cardiologue
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

230, شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء
230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El Jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81



23-F6U-2024 09:34:22
Mekour, Oum keltoum
ID: D-naiss
ans.

Freq. Card. 84 BPM
Int PR 160 ms
DUR.QRS 81 ms
QT/QTc 349/390 ms
Axes P-R-T 59 8 47



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mardi 2 avril 2024 التاریخ :

Heure : 14 h 49 WET المساعة :

المرسل إليه :

MEKOUAR OUM KELTOUM
4 ANG RUE ORAN RUE TAWFIK EL HAKIM GAUTHIER
20000
CASABLANCA



94067750

N° CNSS	163607116	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B127003	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	349.6 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MEKOUAR OUM KELTOUM	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

Nous vous rappelons que vous pouvez déposer les dossiers de Remboursement relatif à l'AMO auprès de nos points de proximité agréés.

Pour consulter la liste de ces bureaux, veuillez visiter notre site web :

www.cnss.ma

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

نذكركم انه يمكنكم إيداع ملفات التعويض عن مصاريف العلاجات الطبية لدى مكاتب القرب المعتمدة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
للاطلاع على الخاصة بهذه المكاتب يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني:

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً للمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذان يتجاهل معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

أو تطبيق المكتب

ou appeler notre serveur vocal au numéro

أو الاتصال بالمحظي الإلكتروني على الرقم

ou contacter le "Client Center" au numéro

أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

06 22 41 80 68

Fax

05 22 43 38 60

Tel

CASABLANCA

Ville

Rue Bir Jdid et angle Bd

Ziraoui Bourgogne

العنوان

Adresse

ZIRAOUI

وكلة

Agence