

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-515772

MD = 24224

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Abdellah El Aïn Hicham

Date de naissance : 25/12/1958

Adresse : 104 Rue Ben Ali Ben Hachem

Tél. : 066372706

Total des frais engagés : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Signature et empreinte de l'agent

Cachet et signature de l'Agence

Instructions à suivre

Préparer une feuille de soins pour chaque 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.

Préparer une feuille de soins pour chaque événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Préparer une feuille de soins pour chaque événement.

Réserve à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

Numéro d'identification : _____

Date d'arrivée : _____

0663 722706

الهيئة العامة للتأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Réf. ANAM / 1.2.01.01
RÉF. ANAM / 1.2.01.01
مراجع رقم 610-1-02

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	Feuille de Soins Maladie	الهيئة العامة للتأمين الصحي الإجباري
Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة *	تنفيذ *	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
CNSS	Entente préalable *	Exécution *	Réf. ANAM / 1.2.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : MICALE GARNI, fatima

N° Immatriculation : 11311811411431

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint نوج

Enfant ابن

Adresse :

Montant des frais :

درهم Dhs

Nombre de pièces jointes :

٥

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Micalé Tnos

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe *:

INPE et code à barres ..

M ذكر

F أنثى

INPE: 091184708

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات *

Hospitalisation Maternité Amour Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :

Le : ١٤٢٠١٣-١١-١٦

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

فict :

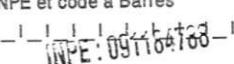
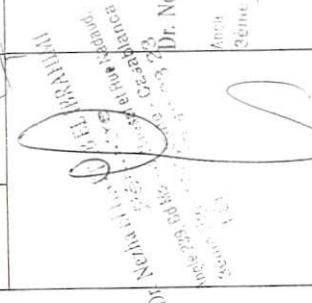
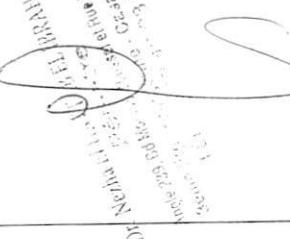
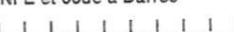
Le : ١٤٢٠١٣-١١-١٦

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

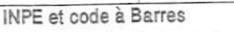
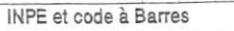
* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

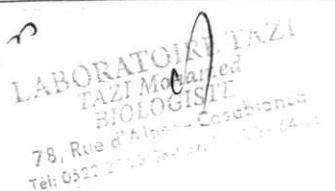
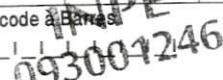
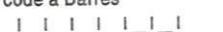
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة ماكلير - المار البيضاوي - ص 2186 - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333
CNSS Place de DAKAR Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

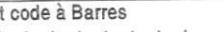
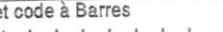
Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	معامل المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
19/7/19		6	dos		
INPE et code à Barres  INPE: 091104168-1					
01 AOUT 2019	C	Gratuit			
INPE et code à Barres 					

CIM-10

Actes Paramédicaux					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإشعاعية، الأشعة والصور Toufig et Wabib طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé		
26-7-2019	2019 B	710,00 + 1,00	910,00		 LABORATOIRE TAIZI TAIZI Mohamed BILOGISTE 78, Rue d'Alger - Casablanca Tél: 0523 2013 7000 - 0523 2013 7001
INPE et code à Barres  093001246					
INPE et code à Barres 					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مهني التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
01/08/2019	94,00	 Pharmacie PAM Dr. Bouchaib AL GOUZMARI 37 Bis, Rue Bir Anzarane AZEMMOUR TÉL: 05 23 34 72 90
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total
.			

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F. 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T.P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 20 juillet 2019

Enfant MICALE INAS

FACTURE N° 297283

Analyses :

Cerba : Test respiratoire Helico pylori -----	B	710	Total : B 710
---	---	-----	---------------

TOTAL DOSSIER	950,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Cinquante Dirhams

RETAZI
TAZI BOUAMED
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
T. 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39



Biologistes co-responsables : Sylvie Cado, Nesrine Day
Biologistes médicaux

H. Belaouni A. Ganon J.D. Poveda
B. Caron Servan S. Haim-Boukobza S. Samaan
J.M. Costa P. Kleinfinger S. Schmit
M.M. Coude I. Lacroix S. Trombert
I. El Rajji Ridah L. Lohmann D. Trost (Biologiste généticien)
S. Defasque S. Mehla Sedkaoui M. Valduga
F. Floch Y. Pepino L. Verdurne

Médecins anatomo-cytopathologistes
C. Bergeron (Responsable)
M. Bonnière M. Grossin
S. Chanel K. Hadid
Y. Elouaret L. Miranda
A. Gaulier

NICALE
NAS

Né(e) le 03.09.2010

Sexe : F

Dossier n° : 19Q0275000

P / w 994-101 / s 994-101

LABM M TAZI
78 RUE D'ALGER
20000 CASABLANCA
MAROC

Transmis par LABM M. TAZI
Les références : INMA977814 / 19G1072 04074
Enregistré le : 23.07.2019 Edité le : 25.07.2019
à envoyé(s) au(x) : Laboratoire

TEST RESPIRATOIRE A L'UREE MARQUEE AU 13C (Spectrométrie de masse isotopique)
Prélèvement : 20.07.2019 Air expiré 10h 00

Résultat T30-T0 : 20,30 U /1000

Résultat positif

Valeur seuil: 4 U /1000

Sabine Trombert-Paolantoni (01 34 40 20 20)

Compte rendu complié

Dr. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI

Pédiatre - Allergologue

Spécialiste en Allergologie

Asthme de l'enfant

Nutrition Pédiatrique

Homeopathie



الدكتورة نزهة الخطاب الإبراهيمي

اختصاصية في أمراض الحلق

الحساسية . الربو(الضيق) عند الطفل

التغدية عند الطفل

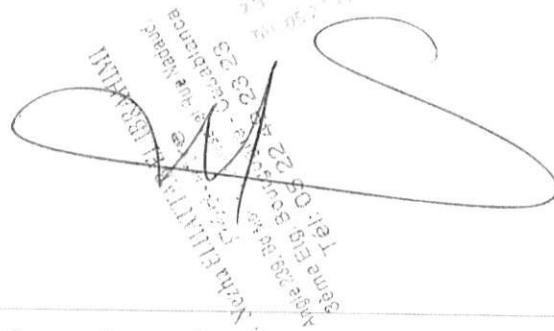
Casablanca le : 19/4/19

Nicole Inas

1^{er} Test Respiration

à HP

ALLERGOLOGIE
Dr NEZHA EL HATTAB
Moulay Youssef Casablanca



زاوية شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الكليبي 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - الدار البيضاء

Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud(à côté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

PHARM. D. MARIA
3781 548 00047290

Dr. Nucha F. M. S. de Sá
Ribeirão Preto
Av. das Palmeiras, 2323
Belo Horizonte - MG - 31220-060
Tel.: 031-2223-2323

LIBRAHIMI



Cutrefc®
Cilostazol 1 mg / ml
Solução buvable 60 ml

gerado

Alm/ de 800



15/2

Dr. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI

Pédiatre - Allergologue
Spécialiste en Allergologie
Asthme de l'enfant
Nutrition Pédiatrique
Homeopathie

الدكتورة نزهة الخطاب الإبراهيمي

الاختصاصية في أمراض الطفل

الحساسية ، الربو(الضيق) عند الطفل

التغذية عند الطفل



Casablanca le : 01 April 2019

Micale Ios

18,50

1 - Apris 15 cu 36 x 2

Pharmacie
Mam
our
Tél: 0523347290

18,50 2 - Histacell 15 cu 36 x 2

18,50 3 - Dulcomura 9 cu 36 x 2

18,50 4 - Pollen 30 CH.

561 J

2000

زاوية شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الطابق 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - الدار البيضاء

Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud (à coté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

المرسل إليه:

Date : mardi 10 septembre 2019
التاريخ:

Heure : 10 h 37 UTC
الساعة:

Destinataire :

MICALE GIOVANNI BATTISTA
104 BRAHIM NAKHAI
20370
CASABLANCA



N° CNSS	131114143	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité		رقم البطاقة الوطنية التعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1244 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	10 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MICALE INAS	المستفيد

Madame, Monsieur,

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

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدى،

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين تجاههم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.cnss.ma/Portail/

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

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

05 22 41 80 51

Fax

06 08 89 06 16

Tél

CASABLANCA

Ville

Place du temple Immeuble

E pres du complexe med v

العنوان

Adresse

MAARIF

وكالة

Agence

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>REF : 610-2-06 : مرجع رقم</p>	
	Référence structurée : 191089868769609	Emis à Casablanca le : 22/10/2019	Page : 1	
	Identifiant de la famille تعریف العائلة	MICALE GIOVANNI BATTISTA 104 BRAHIM NAKHAI CASABLANCA 2037		
	N° d'immatriculation : 131114143 Règlement du mois : 10/2019 Mode de paiement : Virement			
	Informations :	معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
MICALE INAS										
060355209	19/07/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060355209	19/07/2019	B	BIOLOGIE	950,00	1,10	710,00	1,00	781,00	70	546,70
060355209	19/07/2019	PH	PHARMACIE	94,50	20,00	1,00	1,00	20,00	70	14,00
060355208	07/09/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060355208	07/09/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70	140,00
060355208	07/09/2019	B	BIOLOGIE	187,60	1,10	140,00	1,00	154,00	70	107,80
060355208	07/09/2019	PH	PHARMACIE	110,30	30,80	1,00	1,00	30,80	70	21,56
Total remboursé pour INAS										1 040,06
Total général remboursé										1 040,06

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان