

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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
Nº P19- 058979

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000001 Société : 46326

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : MEHMOUDI, Ouanis

Date de naissance : 26/06/1948

Adresse : 14, la mali

Tél. : 066741603 Total des frais engagés : 1287,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : AL RAS BABA Age : 82

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCIDEIL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDEIL

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 : RAMA

Le : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : MEHMOUDI, Ouanis

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.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 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 المصرفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب المعاشرة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠٢٠/١٢/٢٠

خاص بمعبرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام: ٢٠٢٠/١٢/٢٠

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

Réf. - 610-1-02

Ref. ANAM 1.2.01/01

خاص بالمؤمن له (الها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها)*

Conjoint نع Enfant ابن

العنوان : **RESID.FATIMAZAHRAZ Rue des Roses Angle BD OMAAR EL KHAYAM HAY RAHA CASA.**

Montant des frais : **1227.90** درهم Dhs

Nombre de pièces jointes : **A4**

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M

ذكر

F

أنثى

INPE et code à barres

DOCTEUR FAOUZIA DAOUDI
Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation انعاش Maternité أمومة حادثة Maladie مرض

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

Fait à :

Le : ٢٠٢٠/١٢/٢٠

في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٢٠٢٠/١٢/٢٠

في :

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة	الملحق المفوت	النوع	معامل العمليات	رمز العمليات	تاريخ العمليات
توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant			Lettre clé+ cotation NGAP	Code des actes	Date des actes
05/10/2020					
C	AE				
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux

العنوان	النوع	الملحق المفوت	النوع	معامل العمليات	رمز العمليات	تاريخ العمليات
توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical				Lettre clé+ cotation NGAP	Code des actes	Date des actes
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإيجياء، الأشعة والصور

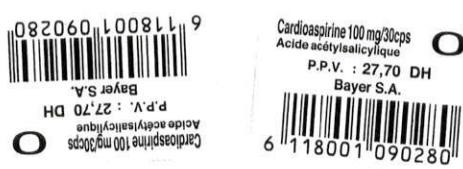
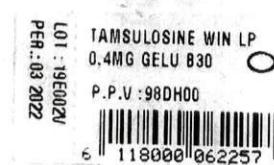
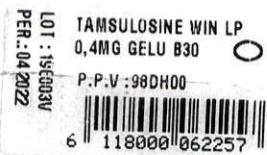
الملحق المفوت	النوع	معامل العمليات	رمز العمليات	تاريخ العمليات
توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste				
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

نوع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان	النوع	تاريخ التنفيذ
PHARMACIE AL WOURoud 6, Rue des Rosiers, A Coré de Mosid Annouf +932 36 84 30 - Casablanca +932 36 84 30 - Casablanca +932 36 84 30 - Casablanca	INPE : 092009513	1227,90		05/10/2020
INPE et code à Barres				
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



Docteur Faouzia DAOUDI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine de Marseille

MÉDECINE GÉNÉRALE
 PSYCHOTHÉRAPIE (SUR RDV)
 SEXOLOGIE - ADDICTOLOGIE
 DIABÉTOLOGIE
 DIÉTÉTIQUE
 HOMÉOPATHIE
 MEDECINE DU TRAVAIL
 MALADIES TROPICALES
 ECHOGRAPHIE CLINIQUE



الدكتورة فوزية الداودي
 خريجة كلية الطب بمرسيليا

الطب العام
 الطب النفسي (بالموعد)
 الطب الجنسي - الإدمان
 داء السكري
 الحمية والتغذية
 الطب الطبيعي
 طب الشعل
 أمراض المناطق المدارية
 الفحص بالصدى

Casablanca, le 05/10/2015

Auras noureddine

27,70 X 3

1) Cardovaspirine 100 mg

185,60 X 3

2) Arnuvasc 300 mg / 5 ml

3) Tamse 60 mg / ml

98,20 X 6 = 588,00

140 / 5 ml

1227,90

15
15

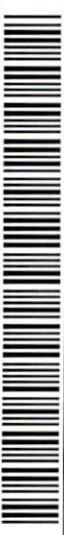
15

3 mls

DR. FAOUZIA DAOUDI
 Résidence Almi B - 2 Bis
 Rue des roses Maârif
 Casablanca - Tel: 0522 98 76 71
 06 61 41 92 71

PHARMACIE AL WOURUD
 62, Rue des roses A Côte de
 la Bourse - Casablanca
 Tel: 0522 36 84 30 - 06 61 41 92 71

Résidence Almi B (à proximité de la Résidence Benomar) - 2. Bis Abou Abdellah Nafii - Maârif - Casablanca
 Tél.: 05 22 98 76 71 - 05 22 25 25 82 - E-mail: faouziadaoudi@gmail.com - En cas d'urgence : 06 61 41 92 71

 بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم	
Référence structurée : 201099517141867		Emis à Casablanca le : 27/10/2020	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 173353212 Règlement du mois : 10/2020 Mode de paiement : Virement		ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
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	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
067452148	05/10/2020	CG	MEDECIN GENERALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
067452148	05/10/2020	PH	PHARMACIE	1 227,90	1 227,90	1,00	1,00	1 227,90	70	859,53
Total remboursé pour NOUREDDINE										859,53
Total général remboursé										859,53

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان