

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.

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

M22- 0037438

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001772 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEKKATE RATAE

Date de naissance : 24-9-1953

Adresse : 248 Bd YACOUB EL HANOUF IN NC AP 137 CASA

Tél. : 0664926228 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 :

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 : 5/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 un 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 un 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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

 الصندوق الاجتماعي AL-KHAF FALAH CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SEKKATE RATAE**

N° Immatriculation : **119128232142**

N° CIN : **119128232142**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **248 Bd Y Aoud en Naoumou Bey 2AINE INNE**

Montant des frais : **درهم**

Nombre de pièces jointes : **.....**

Declaracion du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **SEKKATE RATAE**

Date de naissance : **12/09/1957**

N° CIN : **119128232142**

Sexe * : **M** ☐ ذكر ☐ F ☒ أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant **INPE: 091021758**

Etablissement de soins **المؤسسة العلاجية**

Type de soins

Admission ALD * : **Oui** ☐ **Non** ☐

N° dossier ALD : **.....**

Code ALD : **.....**

Maladie * ☐ مرض * ☐ Hospitalisation * ☐ استشفاء *

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


Fait à : **248 Bd Y Aoud en Naoumou Bey 2AINE INNE**

Le : **12/09/1957**

Tوقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

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

* Cocher la mention utile pour chaque cas.
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de Soins), ainsi que le code à barres.
 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
 Urgence : 0662 55 1936

 الضمان الاجتماعي الضمان الاجتماعي الضمان الاجتماعي	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
	Emiss à : CASABLANCA Relevé périodique des prestations AMO	الصفحة Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
N° d'immatriculation 192823212 Règlements de la période du : 16/12/2022 : من au : 16/12/2022 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة Destinataire SEKKATE RAJAE	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 استقذتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنيت	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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
SEKKATE RAJAE											
81968085	24/11/2022	MON	OPTICIEN	1500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	16/12/2022	157,50
81968085	24/11/2022	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	83,00	16/12/2022	124,50
81968085	24/11/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	856,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	16/12/2022	326,02
81968085	24/11/2022	VER	OPTICIEN	4100,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	16/12/2022	157,50
81968085	24/11/2022	D234	OPHTALMOLOGIE	200,00	247,50	11,00	1,00	247,50	83,00	16/12/2022	166,00
Total remboursé											931,52
Total général remboursé											931,52

- 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

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie vitéro rétinienne
Angiographie Laser
Adaptation de Lentilles de Contact

Casablanca, le

24-11-22

الدكتورة وفاء بنشقر
أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء
اختصاصية في طب وجراحة العيون
جراحة الشبكة
- الاليزر



Sekkate Royal

127,00 x 6

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annanis Beausejou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

Xalacare Colly

Sept le soc

94,00

XaiLin HA Colly

Sept xy

S.V



T = 856,00 DHS

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 05 22 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.
Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقررون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الاليزر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 24-11-22 في الدار البيضاء

Sekkate Rajae

Les 16 VL

OD = +2,75 (-0,75, 90°)

OG = +3 (-1,25, 90°)

Add +3

opticien.1
Halim EL OURIAGHLI
Opticien Optométriste
264, Bd Ghandi, Mag 1-3 - Casablanca
Tél / Fax: 05.22.95.15.23 - R.C: 298634
Pat: 34821606 - ICE: 001628169000031

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax: 0522 36 37 08
Urgence: 0662 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.
Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence; 06 62 55 19 36

OPTIC N°1
ANGLE BLD GHANDI ET OMAR
EL KHAYAM 286 BEAUSEJOUR
TEL 0522951523
LE 12/12//22

MME SEKKAT RAJAE

FACTURE 171/22

MONTURE	1500.00DH
VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE AR	2050.00DH
VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE AR	2050.00DH
TOTAL	5600.00DH
TVA	933.33DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE CINQ
MILLE SIX CENT DIRHAMS.

opticien.1
Halim EL OURIAGHLI
Opticien Optométriste
264, Bd Ghandi, Mag 1-3 - Casablanca
Tél / Fax: 05.22.95.15.23 - R.C: 298634
Pat: 34821600 - ICE: 001628169000031

payé par carte