

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 912 Société : Mupras

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Rachid Kader

Date de naissance :

Adresse : Halbouelle

Tél. : 06 60 54 13 80

Total des frais engagés : 3150.02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

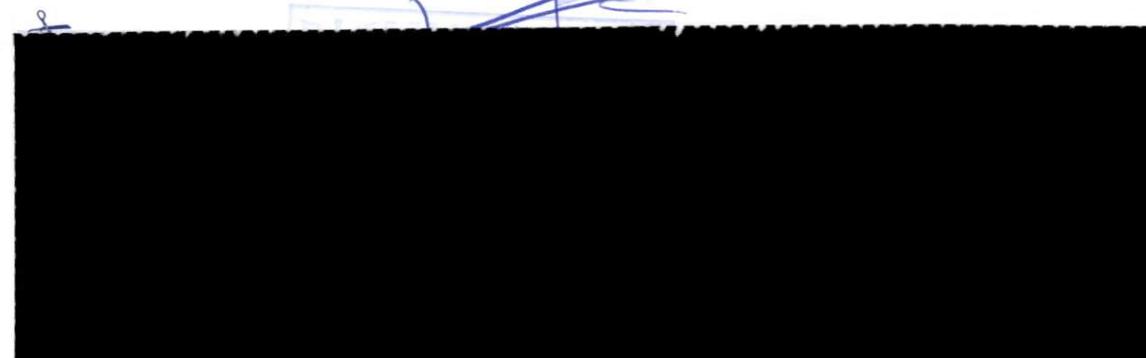
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 04 / Mai / 2023



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
23/08/23	\$		300DH	 Dr Reda MIKAIL Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Stendhal Casablanca 56 Tel: (+212) 0522 4715 94 E-mail: cmikail@cliniquesstendhal.com	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
109345168336					

Actes Paramédicaux					مهمات المساعدين الطبيين	
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	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
10/03/2023				2850.00 دج		
INPE et code à Barres 0910021789						
INPE et code à Barres 1111111111111111						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الحياتية، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الاحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
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

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 الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة 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 للإستفادة 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 و طابع 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 :

تاريخ الإستلام :

Date d'arrivée :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة *

Entente préalable *

تنفيذ *

Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. : ANAM 1-03

مرجع رقم : 610-1-03

Réf. : ANAM 1-03

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : KHALIL Mina

N° Immatriculation : 1131813181212181

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 50 Lot MONTAWAKIL - DAR BOUAZZA - CASA العنوان :

Montant des frais :

3.450,00Dhs.

Nombre de pièces jointes :

9

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : KHALIL Mina

Date de naissance :

1931/05/15

N° CIN :

1131813181212181

Sexe * :

ذكر

أنثى

INPE et code à barres **

091168336
 Médecin traitant
 الطبيب المعالج

Etablissement de soins
 المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD * : Oui

Non

N° dossier ALD : 18, Avenue Steinthal Casablanca

1

Code ALD :

1

Maladie * : مرض * Hospitalisation* استئنفاء *

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

Fait à : CASA BLANCA

Le : 15/05/2013

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

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

Fait à :

CASA

Le : 15/05/2013

توقيع 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 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
 دار المؤمن - ساحة الباردو - الدار البيضاء - المغرب

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casablanca Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

 الضمان الاجتماعي الصحي الإجباري CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 11/04/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 /1
		الصفحة المرسل إليه	
N° d'immatriculation 138384228 Règlements de la période du : 11/04/2023 : من au : 11/04/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire KHALIL MINA	

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الأداء	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
KHALIL MINA											
114247914	23/02/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	11/04/2023	115,50
114247914	23/02/2023	VER	OPTICIEN	2350,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	11/04/2023	157,50
114247914	23/02/2023	MON	OPTICIEN	500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	11/04/2023	157,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الإجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ـ 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

للزبيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال فهو الضمان على الأرقام

CASA LE :10/03/2023

ALFIRDAOUS VISION

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

FACTURE : N° 462/2023

NOM : KHALIL MINA NOMENCLATURES CORRESPONDANTES A LA PRESCRIPTION

OD :31 OG :31

1 MONTURE optique.....	500.00 DH TTC
2 VERRE 1.5 extra gris antireflet indo vl	1700.00DH TTC
2 VERRE 1.5 bleu vp	650.00DHTTC

Total 2850.00DH TTC

LA PRESENTE FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE :

Deux mille huit cent cinquante DIRHAMS

AL FIRDAOUS VISION

ICE : 00223025300090

PATENTE : 345700825

RC : 428231

INPE :095001889

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZ EL IDRISI HICHA
Opticien Optometriste
202 Bd abdelmoumen 106 N° 5 Casablanca
INPE: 095001889

Dr. Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

 **CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de france
Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضى ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT221115170229

23 février 2023

Mme KHALIL Mina

Monture + verres correcteurs Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = (- 1.00 à 23°)

OG = (- 0.50 à 147°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

*AL FIRDAAQS VISION
EL AZIZI EL IDRISI HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen BOU N°5 Casablanca
INPE: 095001889*

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste

18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com