

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

Optique

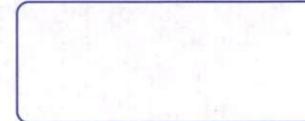
Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	5323	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABOUDOU DR CHER 161A333
Nom & Prénom :		ABOUDOU DR CHER	
Date de naissance :		3-4-1958	
Adresse :		Rue ABOU MWAGI n-127 Bou jgane	
Tél. :		66) 793772 Total des frais engagés :	

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	19 MAI 2023		
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) :			

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

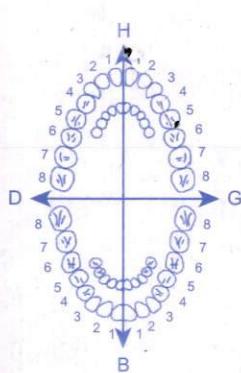
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي CNSS	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 مراجع رقم : 610-2-06
	Emis à :	CASABLANCA	أصدر ب :	الصفحة
	Le :	14/02/2023	بتاريخ :	Page 1 / 1
N° d'immatriculation 161630549 رقم التسجيل Règlements de la période أداءات الفترة du : 07/02/2023 من : au : 07/02/2023 إلى :		Destinataire ABOUDOU ELENA		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال 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
ABOUDOU ELENA											
112405303	17/01/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	07/02/2023	105,00
112405303	17/01/2023	D234	OPHTALMOLOGIE	150,00	247,50	11,00	1,00	247,50	70,00	07/02/2023	105,00
112405303	17/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	627,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	07/02/2023	0,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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

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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل تحدث.

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 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 المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المساعدة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier: ١_١_٢٠١٦	Date d'arrivée: ١_١_٢٠١٦

BU44436 ٥٢١٦٩٣٨٢ /A613308



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

مديرية الشؤون الاجتماعية - موريتانيا

Ministère des Affaires Sociales - Mauritania

Ref. ANAM: 120101

مرجع رقم 112405303*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (الها)

Nom et prénom : ABOUDOU MANALOTO ELENA

الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 161630549

رقم التسجيل :

N° CIN :

BIKD12124015

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) *

Conjoint

زوج

Enfant

بن

Adresse :

127 Rue Abou Al Waqt Res. Sekkat 1stg. Bennozane Casablanca

Montant des frais :

927,80 درهمالعنوان :
مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاج

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN:

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe :

الجنس :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني لاستدلالي ورقم المشفير **

Médecin traitant
الطبيب المعالجEtablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات *

Hospitalisation استشفاء Maternité امومة Accident حادثة Maladie

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

لصح بمصداقته وصحته المعلومات المذكورة أدناه

Fait à : Casablanca

sincères et véritables.

Le : 17/01/2023

Fait à :

ب: في:

Le : 17/01/2023توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)Malendouتوقيع وظيفة الطبيب المعالج والمؤسسة العلاجية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

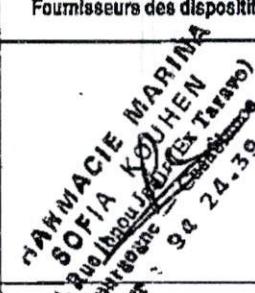
اللنيط الخانة المناسبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accrocher 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 ناكلار - الدار البيضاء - م.ب 2186 - المغرب - الهاتف: 0523 3333
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Case Gare Téléphone : 0523 3333

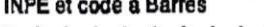
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحصائية، الأشعة والتصوير
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممومنة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/01/2023	627.80	
INPE et code à Barres 0920414518		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	المبلغ المقوّى Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	
Dr ZAKARRYA Abdellah OBSTETRICIEN LOGISTIQUE ASER - EXCEIMER - ANO/IC Rue Sultan Abdellah n° 14 Casablanca Tél. 02 95 91 92 - 0669 99 99 99	Km 300.00	✓	STT	11/08/03	
INPE et code à Barres					
1111111111111111					
INPE et code à Barres					
1111111111111111					

CIM-10

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



مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

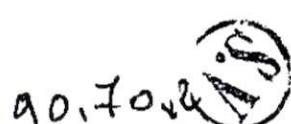
Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

دكتور عبد اللطيف زكريا

طب وجراحة العيون بورگون فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشروز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

17 janvier 2023



OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , pendant 2 mois

35.70 x 2

TOBRADEX: collyre

2 gouttes 4 fois/jour, pendant 15 jours

125.00 x 3

XILOIAL COLLYRE

1 goutte 3 par jour x 3 mois

4627.80

PHARMACIE MARINA
SOFIA KOUHEN
54, Rue Ibou Jahir (Ex Faraj)
Bourseine 34 - Casablanca
Tél : 34.24.39

Mme ABOUDOU Elena



Agrée Pour le Permis de Conduire

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya35@gmail.com

مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكرياء

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

17/01/2023

NOM : ABOUDOU

PRENOM: ELENA

RECU LA SOMME DE 300 DH

TROIS CENTS DHS

POUR COBSULTATION+F.O

K 10

Dr. ZAKARRYA Abdellatif
OPHTHALMOLOGISTE
LASER - EXCIMER - ANGIO
Rue Sultan Abdelhamid Rés. ZAKARRYA
Bourgogne - Casablanca
16.05.22 95.01.22 - 0522 39 83 39

معتمد لرخصة القيادة Agrée Pour le Permis de Conduire

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com