

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

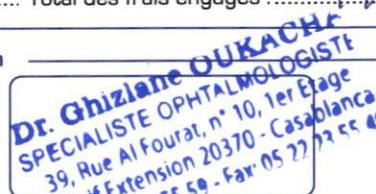
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3253	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	contrat
Nom & Prénom :		BOUDJOUCH HASSAN	
Date de naissance :		10.04.1955	
Adresse :		85 lot Epinal Apt 4 Maerif Extension Casablanca	
Tél. :		476,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL OIJARRATI KHADJA 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 : Casablanca

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 Parfaitement des Actes
14/03 2023	Dr. Ghizlane OULIA SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Afourat - Casablanca Madrif Extension 20370 - Casablanca Tél. 05 22 54 00 00	10, 1er Stage	DR. Ghizlane OULIA SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Afourat - Casablanca Madrif Extension 20370 - Casablanca Tél. 05 22 54 00 00	DR. Ghizlane OULIA SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Afourat - Casablanca Madrif Extension 20370 - Casablanca Tél. 05 22 54 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

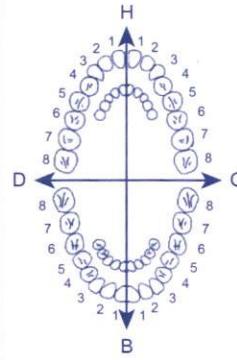
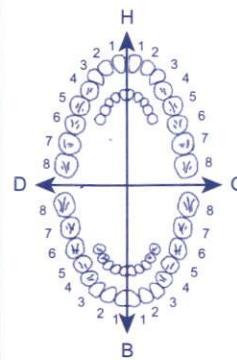
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX 														
				MONTANTS DES SOINS 														
				DEBUT D'EXECUTION 														
				FIN D'EXECUTION 														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
				MONTANTS DES SOINS 														
				DATE DU DEVIS 														
				DATE DE L'EXECUTION 														



**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 : 1502-06

	Emis à : CASABLANCA Le : 15/05/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période du : 15/05/2023 au : 15/05/2023	119015850 نوع التسجيل أداءات الفترة من : إلى	Destinataire EL OUARRARI KHADIJA		المرسل إليه

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
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 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
EL OUARRARI KHADIJA											
73701961	14/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OPHTALMOLOGIE	186,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	15/05/2023	0,00
73701961	14/03/2023	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	15/05/2023	105,00
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.

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: ٢٠١٣-١١-١١

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، 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 طيبة 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 التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسندة.

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 غيش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

 CNSS <i>Le devoir de vous protéger</i>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie * موافقة مسبقة * * تنفيذ * Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM : 610-1-02 مرجع رقم
--	--	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **EL OUKARABI KHADIS**

N° Immatriculation : **1111910115181**

N° CIN : **1414140514131**

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

Conjoint نوج

Enfant ابن

Adresse : **35 Lot epinal ETG1 APP T 4 Maanif**

Montant des frais : **1486** درهم Dhs

Nombre de pièces jointes : **2**

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **EL OUKARABI KHADIS**

Date de naissance : **1986-01-01**

N° CIN: **1414140514131**

Sexe* : **M** ذكر **F** أنثى **10**

INPE et code à barres ** **1414140514131**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
--	--

Type de soins*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشارة <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
---	---	---	---------------------------------------	--	---------------------------------------	---	-------------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à : **El Oukarabi** في : **El Oukarabi**

Ashhed bisska kli ma daker alaa
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **El Oukarabi** في : **El Oukarabi**

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

* 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

080 203 3333 - مراكش - المار البيضاء ص 2186 - مراكش - المغرب
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Tel: 05 22 23 55 49

Description des actes effectués					تصف العمليات المجرأة
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
14/03/ 2023	CS		300 در	Dr. Ghizlane OUKACH, SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE 39, Rue Al Fouad, n° 11, 1er Etage Marrakech Extension 20370 Casablanca Tel. 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 4	
INPE et code à Barres 0511671021					
INPE et code à Barres 1111111111111111					

CIM-10

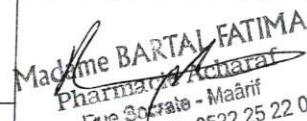
Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الأحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NABM	مبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres						

INPE et code à Barres						

جريدة الوصيفات التي يتم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني وممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
14/03/23	186,-	 Madame BARTAL FATIMA Pharmacie Achraf Rue Soukra - Maârif Casablanca - Tél : 0522 25 22 09
INPE et code à Barres INPE: 092011262		
INPE et code à Barres INPE: 092011262		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العين
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

14 mars 2023

Casablanca, le

Mme EL OUARRARI Khadija

1/ AQUALARM INTENSIVE

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

2/ Gel larmes

une application le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

ZENITH Pharma
PPC : 145,0 DH



4 030571 004936



6118001 100958 Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n°10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 Casablanca
Téléphone: 0522 25 22 892 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
PPV : 41.00 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI

Madame BARTAL FATHIMA
Spécialiste Acha
Rue Al Fourat, n°10
Casablanca - Tel: 0522 25 22 892 55 59

39. نفحة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71