

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

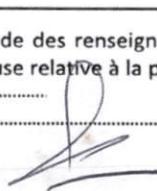
Adresses Mails utiles

- 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.

175931

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4430		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Dejide
Nom & Prénom : feu El Ward La Boumine			
Date de naissance :			
Adresse : 100 Angle rue Mohamed EL Haddouzi Des - la perle APP38 Etg5 Bougogne casab			
Tél. : 0667 77 23 39		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin			
	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: center;">  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">MUPRAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">07.0 SEP. 2023</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">M</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ACCUEIL</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">BONZAACHANE</div> </div>			
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: center;">  </div>	Cachet du médecin :			
	Date de consultation :			
	Nom et prénom du malade :			
	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Enfant
	Nature de la maladie :			
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<p style="margin: 0;">Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p>				

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/09/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

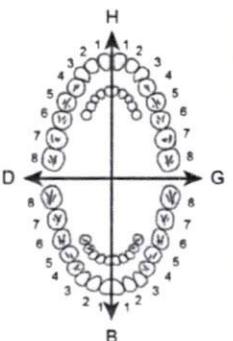
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

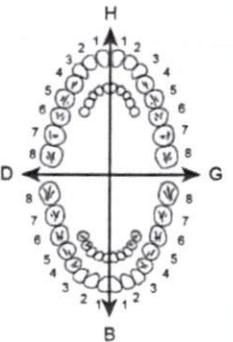
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Marrakchi Chahib
Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Laser - Angiographie - Lentilles de contact
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شهيب المراكشي
الاختصاصي
في أمراض وجراحة العينين
خرج كلية الطب بشارع فرنسا

CASABLANCA, le : 10 JUIL 2023

GHAMRAOUI SANAA

Monture + S. Questeur
No 100 - filte bleu 21 AR

V. lun : ~~1,25~~ (100° - 0,25)
OD 2 +1,25 (25° - 0,25)
OG = +1,25 (25° - 0,25)
V. R 2 Ast + 2

L'OBJECTIF OPTIQUE TAZI
TAZI, Opticienne Optométriste
17, Rue Tamaaouf Bourgogne - Casablanca
Télé : 00246325000064
Fax : 00246325000064
Mail: cmarrakchi1@gmail.com

320, Boulevard ZERKOUNI. 1er ET. CASABLANCA
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60
Mail: cmarrakchi1@gmail.com

~~Al ergo Co mod~~ 

57,90

Y. J. He 3 ou plus Jan
Yours → Chab leff

20,00

~~- Corrector~~

Y. J. He x 3 / J
→ Chab leff

~~DR CHARBONNIER~~
~~OPHTALMOLOGISTE~~
Maladies et Chirurgie des yeux
320, bd Zerkouni - Casablanca
Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60



~~PHARMACIE DES ENFANTS~~
~~Dr. BOUJIDA~~
34, Rue Benou Jahir - Bourgogne
Tél. : 0522 20 90 44 - Casablanca

77,90

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 حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير, ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف المارسين 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة 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 تصریح كانب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبقة 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 :

Date d'arrivée :

Date d'astissement :

 الصندوق الاجتماعي للمغاربة CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 RAN
	Feuille de Soins Maladie	تفيد	
	موافقة مسبقة*	Entente préalable	
	تفيد	Exécution	

N° Dossier :

0667772339

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

Sanssé Ohamraoui

رقم التسجيل :

115899150

6276269

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

115899150

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 100, Avenue Mohamed EL Hadj Hammoud
Res. La Perle El Jadida 38 Bruxelles العنوان :

Montant des frais : درهم Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 02 عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

CHAMRAOUI SANA

تاريخ الازدياد :

11/11/1972

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

6276269

الجنس :

ذكر F أنثى انثى

INPE et code à Barres**

320, Bd Zouhoura 60522-475760
Médicin traitant du Dr CHAKHE MARIKACHI

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Hospitalisation إستشفاء Maternité أمومة حادثة Maladie مرض

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه وأصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 18/10/2023

في : 18/10/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

320, Bd Zouhoura 60522-475760
Médicin traitant du Dr CHAKHE MARIKACHI

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

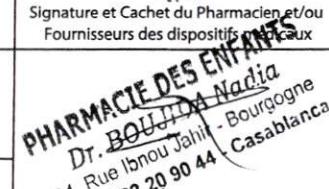
* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) et coller l'étiquette sur la partie droite de la feuille de soins, ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

Actes Paramédicaux		العمليات المساعد 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
18/09/2023	1 Monture + 2 Veus Preg AV			12000	L'OBJECTIF OPTIQUE TAZI 17, Rue TAZI, 33000 Casablanca RCM 1332 - IF 1321371 - TP 35691373
INPE et code à Barres 1111111111111111		INPE:095012290			
INPE et code à Barres 1111111111111111					

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	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأحياء أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres !_!_!_!_!_!_!_!_!					
INPE et code à Barres !_!_!_!_!_!_!_!_!					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	التاريخ المفوتر	موقع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
10/07/23	47,90	
INPE et code à Barres 092026343		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

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



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 : 610-2-06

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 115209150 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 24/07/2023 : من
au : 24/07/2023 : إلى

Destinataire

GHAMRAOUI SANAA

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 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
GHAMRAOUI SANAA											
114713889	10/07/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	90,00	24/07/2023	135,00
114713889	10/07/2023	MON	OPTICIEN	1200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	24/07/2023	157,50
114713889	10/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OPTICIEN	77,90	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	24/07/2023	0,00
114713889	10/07/2023	VER		1400,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	24/07/2023	157,50
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

L'OBJECTIF

OPTIQUE TAZI

17 RUE TAMAAROUFT
BOURGOGNE
20000 Casablanca

Téléphone : 0522 49 06 07

Email : info@optiquetazi.com

GHAMRAOUI SANA

FACTURE

Facture N°	DATE	Code Client
FA01262	18/07/23	34211277

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Montant
IND063228	VERRE ORG PROGRESSIF AR UV 1.6 OD: +1.25(-0.25 à 100°)	1,00	1 200,01	1 200,01
IND063228	VERRE ORG PROGRESSIF AR UV 1.6 OG: +1.25(-0.25 à 25°)	1,00	700,00	700,00
	ADD: +2.00			

*L'OBJECTIF OPTIQUE TAZI
TAZI Dounia
Opticienne Optométriste
17, Rue Tamaarouft, Bouskoura, Casablanca
RC:419832-11-3574871-35691378*

Total TTC	Acompte	NET A PAYER
2 600,00	0,00	2 600,00

Arrêter la présente facture (en TTC) à :
Deux mille six cents Dirhams