

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-792863

184145

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BAST FATIMA

Date de naissance : 07 11 1967

Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA

Tél : 0678207057 Total des frais engagés : 664,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

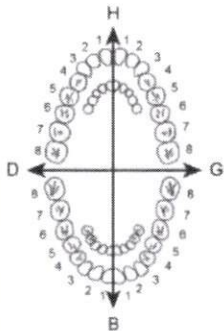
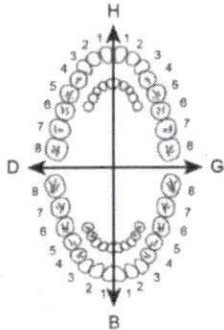
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IDENT



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 16/10/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 134566234 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 13/10/2023 : إلى :
au : 13/10/2023 : أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire

HABILLE SAID

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريف المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ إرسال الإداء | مبلغ التعويض |
|---|------------------|----------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Número de dossier | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff. | Quantité | Base de rembour- sement | Taux de rembour- sement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| HABILLE SAID | | | | | | | | | | | |
| 136911450 | 22/08/2023 | CG | OPHTALMOLOGIE | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 0,00 | 70,00 | 13/10/2023 | 0,00 |
| 136911450 | 22/08/2023 | | PHARMACIES D OFFICINES | 664,20 | 0,00 | 1,00 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 13/10/2023 | 551,29 |
| Total remboursé مجموع مبلغ التعويض | | | | | | | | | | | 551,29 |
| Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | | | | | | | 551,29 |

- 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

tel: 0621512858

| | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|----------------------------|
| <p>الضمان الاجتماعي NJOH NJOH CNS Le devoir de vous protéger</p> | <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> | | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> | <p>Ref: ANAM 1.2.02.01</p> |
| | <p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> | <p>* تنفيذ * Exécution *</p> | <p>مرجع رقم 610-1-03</p> | |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : HABILLE SAID : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 14134566234 : رقم للتسجيل :
 N° CIN : 31567860 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
 Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
 Adresse : 273, BD MY YOUSSEF Casablanca - Anfa : العنوان :
 Montant des frais : 664,20 Dhs. : مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : 02 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : HABILLE SAID : الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 1941051960 : تاريخ الميلاد :
 N° CIN : 31567860 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : M ذكر : الجنس * :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : DR. ALMOLOUCHE : الطبيب المعالج :
 Etablissement de soins : CASA : المؤسسة العلاجية :

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : ☒ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن * :
 N° dossier ALD : 14134566234 : رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : 14134566234 : رمز المرض المزمن :
 Maladie * ☐ مرض * :
 Hospitalisation * ☐ استشفاء * :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه :
 Fait à : CASA : ب :
 Le : 23/10/2023 : في :
 Tوقيع المؤمن له :
 Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :
 Signature de l'assuré(e) :
 Signature et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :

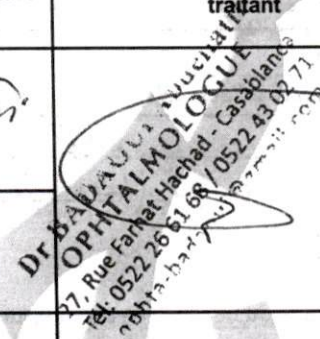
* Cocher la mention utile pour chaque case

* انطب الخانة المناسبة

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دارالمؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 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

| Description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرأة |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|----------------------|
| تاريخ العمليات 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 | |
| 22-8 2023 | | | arriv |  | |
| INPE et code à Barres K 9 1 0 1 6 3 7 | | | | | |
| INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | |

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 و طابع 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

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue
ou Biologiste

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

[illegible]

Nature de la prestation

Prix Unitaire**Quantité****Prix Total**

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 22-08-2023 في البيضاء

Monsieur HABILLE Said

110.70 x 6

- XOLAMOL COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

664.20



Pharmacie La Corniche
319. Bd Moulay Youssef
CASABLANCA
Tel/Fax 05 22 27 67 03
EL ALI ALI Noural



Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27. Rue El Hachad
Tel. 05 22 26 61 68 Casa



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 R
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.
Centres : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi
ta.badaoui@gmail.com - www.dr badaoui abdellatif.com - www.casaclinicvision.com