

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-608424

58379

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 28719	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : TEHSAMANI MOHAMMED LANBI		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0673834797	Total des frais engagés :	8500,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :

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 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 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 يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة. 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع و طبع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : _____

تاريخ الإيداع : _____

Date d'arrivée : _____

06 78734797

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

Ref. : 610-1-03-0001

Ref. : ANAM 1.2.0.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*

ابن

العنوان : 61 Rue du Ressillion - Q. des Hopitaux

زوج

Conjoint

Enfant

ج

8500 Dhs.

Montant des frais :

06

Nombre de pièces jointes :

06

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Dr. BENJANI NEFATI AMINE

Date de naissance : 1952-01-15

N° CIN : 1852925

Sexe : Mذكر

F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

مبلغ المصاري :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المنشف :

المسنون من الأدوية :

الإسم العائلي والتاريخ :

تاريخ الإزيداد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المنشف **

فول المرض المزمن : *

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

استئصال :

نوع العلاجات :

أصل المرض المزمن :

أصل ملف المرض المزمن :

أصل رمز المرض المزمن :

أصل استئصال :

أصل تصريح بمصداقية رخصة المعلومات المذكورة أعلاه :

أصل المدة :</

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفترض Montant facturé		توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
14/07/2025	(2) 11	(2) 11 = 1320	1320		Signature : 0522251115 Date : 14/07/2025 Signature : Dr. BENNANI MED AMINE
INPE et code à Barres					DE CASABLANCA OPHTALMO CLINIQUE 13, Rue des Papillons DASIS Tél: 0522257272 Fax: 0522251115
					Dr. BENNANI MED AMINE OPHTHALMOLOGIE 7, RUE JENOU BAREK RACIME CASABLANCA 0522 38 20 00 / 02
INPE et code à Barres					

CIM-10

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux
Laser Angiographie Lentilles de contact
022.25.71.71 / 022.25.11.15

F A C T U R E

N° : 1403 / 2020 du 14/07/2020

Nom patient TEMSAMANI MOHAMMED LARBI Entrée 14/07/2020
PAYANT Sortie 14/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

CHAMBRE	1,00	CH	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K130	2 000,00	2 000,00
				Sous-Total 2 400,00

PHARMACIE	1,00		2 100,00	2 100,00
				Sous-Total 2 100,00

Total Clinique 4 500,00

DR. BENNANI MED AMINE (ophtalmo)	1,00	K130	3 000,00	3 000,00
DR. EL KASSRI MOHAMED ADIL (reanimateur)	1,00	k40	1 000,00	1 000,00
				Sous-Total 4 000,00

Total Autres prestations 4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total 8 500,00

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

Reçu de caisse

N° : 2007140932330210 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2180/20	TEMSAMANI MOHAMMED LARBI	14/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCE Lui-même	8 500,00
PAYANT	Total payé	8 500,00
HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : OCC

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

14/07/2020

11:45

Nom Patient :	TEMSAMANI MOHAMMED L	Numéro dossier :	2180/20		
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
14/07/2020	BLUE VISION RS- OPHTA (001)	0	1,00	184,80	184,80
14/07/2020	CELESTENE 8MG INJ (01)	0	1,00	49,00	49,00
14/07/2020	MAXIDROL COLLYRE COLLYRE (01)	0	1,00	18,70	18,70
14/07/2020	MYDRIATICUM 0.5% 10 ml collyre (01)	0	1,00	25,90	25,90
14/07/2020	INDOCOLYRE 5 ML COLLYRE (01)	0	1,00	58,00	58,00
14/07/2020	CHAMP JETTABLE	0	1,00	26,00	26,00
14/07/2020	GIROFLOX 200MG/1 INJ (01)	0	1,00	231,00	231,00
14/07/2020	SOLUMEDROL 120MG INJ (01)	0	1,00	57,60	57,60
14/07/2020	VISTHESIA REF 0445 (001)	0	1,00	650,00	650,00
14/07/2020	IMPLANT ACRYSOF SOTHEM sa30al (001)	0	1,00	799,00	799,00
Total pharmacie					2 100,00

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 05 22 25 71 71 Fax: 05 22 25 11 15

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



مختبر العيون
للدكتور البغدادي

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 14/02/20

NOTE D'HONORAIRES
Dr. Med. Adil EL KASRI

Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13. Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél.: 0522 25 71 71 / Fax: 0522 25 11 15

Le Docteur

A L'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Mlle T. R. M. A. M. A. N. T. A. M. A. N. S. E. ! URB +

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires.

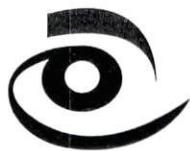
Soit la somme de K.Dhs

Urgence 24/24

10.40 DHS

Dr. Med. Adil. EL KASRI
Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13. Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél.: 0522 25 71 71 / Fax: 0522 25 11 15

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



مصحة العيون
للدكتور البيضاوي

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 14/10/10

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur DR BENNANI MED ALINE

OPHTALMOLOGIE
7, RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 26 20 00 / 02

A L'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Mlle T.E.M. A.M.A.N.F. MOHAMMED, MARABOUT

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire.

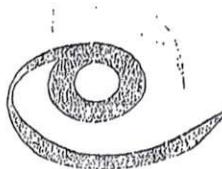
Soit la somme de 130

3000,00 DHS

DR BENNANI MED ALINE
OPHTALMOLOGIE
7, RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 26 20 00 / 02

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



العيون
الطب
الطب

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE le :

Date d'entrée 16/07 Heure _____

Nom et prénom du patient FENGANAI TAKARBI Age _____

N° CIN du patient ou du tuteur _____

Adresse _____

Téléphone _____

Personne à contacter en cas _____
D'urgence _____ Téléphone _____

Médecin traitant D. BERNANI Durée prévue d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation cet (0)

Affiliation à une couverture
Maladie oui

Non ATTENTION :

En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie.

Nom et prénom de l'assuré (Si différent)	lien de parenté
---	-----------------

Organisme assureur	_____
--------------------	-------

Mode de paiement	Payant	Prise en charge
------------------	--------	-----------------

Nom et Prénom (*)		
-------------------	--	--

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date de sortie _____ Heure _____
Durée d'hospitalisation _____

Nom Et prénom

Signature

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le mardi 14 juillet 2020

Patient : Monsieur Mohammed Larbi TEMSAMANI

CHIRURGIE CATARACTE OEIL DROIT PAR PHACOEMULSIFICATION COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

- Incision cornéenne pure au couteau 2.7 mm.
- Incision de service.
- Injection de viscoélastique.
- Capsulorrhèxis à la pince.
- Phacoémulcification du noyau.
- Aspiration des masses.
- Remplissage du sac capsulaire avec du visqueux
- Injection d'un implant pliable.
- Lavage aspiration du visqueux.
- Hydrosuture.
- Injection sous conjonctivale d'un cocktail antibiotique + cortisone.

Dr. MOHAMMED AMINE
OPHTALMOLOGIE
7, AVENUE IBNOU BABEK
RACINE, CASABLANCA
0522.36.20.00

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200998664449185

Emis à Casablanca le : 24/09/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI
6 RUE DU ROUSSILLON QU DES HOPITAUX CASA
CASABLANCA 2036

N° d'immatriculation: 192216516

Règlement du mois : 09/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروف Montant de la dépense	المعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس remboursement Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé	
TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI											
1	080526962	14/07/2020	KCC	OPHTALMO CLINIQUE DE CASAB	8 500,00	6 500,00	1,00	1,00	6 500,00	70	4 550,00
2	080522984	19/08/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	90	135,00
	080522984	19/08/2020	Z	MEDECIN SPECIALISTE	2 500,00	2 200,00	1,00	1,00	2 200,00	90	1 980,00
Total remboursé pour LARBI										6 665,00	
Total général remboursé										6 665,00	

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 14/07/2020