

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 ALQ :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles



Déclaration de Maladie

N° M21- 0018821

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AZHAR Mohamed

Date de naissance : 24/07/1954

Adresse : 58, Loh EP Adarison - Sidi Maarouf - Cas

Tél : 0663084765 Total des frais engagés : 3300,00 Dhs

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 : 27/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبثاقية 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لا تحة 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 طبقا للمساطر القانونية.


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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-02 Ref: 610-1-02
موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		
N Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
خاص بالمؤمن له (ها)			
الاسم العائلي والشخصي : ELOFIR ZAKIA			
رقم التسجيل : 119133024113			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 18141971283			
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) :			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>			
العنوان : Lot. El Adarissa. N. 58. Sidi Maareuf - CASA			
مبلغ المصاريف : 3300,00 Dhs			
عدد الوثائق المرفقة :			
Number de pièces jointes :			
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
الاسم العائلي والشخصي : ELOFIR ZAKIA			
تاريخ الميلاد : 10/11/1971			
رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
الجنس : أنثى			
INPE et code à barres :			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات :			
Type de soins :			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/>			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant Fait à : Casablanca Le : 11/11/2011		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca Le : 11/11/2011	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

• • Cocher la mention utile pour chaque case
 • • Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant.	
16. 7. 2021	C2		300,00	 <p>Dr BADAOUI Abdellah OPHTALMOLOGUE 7, Rue Farhat Hachad - Casablanca tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 7 badaoui-badaoui@gmail.com</p>	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
11/09/2021		Nature	3000	2000		
INPE et code à Barres 10915101012318121						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 210908651790337

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

EL OFIR ZAKIA
LOT EL ADARISSA NO 58 SIDI MAAROUF
CASABLANCA 0220

N° d'immatriculation : 193302413

Règlement du mois : 09/2021

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 المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL OFIR ZAKIA										
070882357	16/07/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
070882357	16/07/2021	MON	OPTICIEN	1 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
070882357	16/07/2021	VER	OPTICIEN	2 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
Total remboursé pour ZAKIA										420,00
Total général remboursé										420,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

OPTICAL GALERIE HAY HASSANI

CENTRE COMMERCIAL MARJANE HAY HASSANI - Magasin n°2

Boulevard Oued Lao

20230 CASABLANCA

Tel : 05 22 91 33 44

Fax : 05 22 91 33 44

Mail : opticalhayhassani@gmail.com

Madame EL OFIR Zakia

casa

Identifiant national : 7786778

Siren : 37988710

RCS : 37988710

Siret : 181571

Num. TVA : 40169259

Part obligatoire remboursée à l'assuré

1^{er} équipement

Ordonnance :

BADAoui du 16.07.2021

Type	Libellé	Qté	PU net HT	TVA (%)	P net TTC
Verre D.	INDO - Adresse du fabricant non renseignée INDO INDO ACTIVA R 1.67 NATURAL Sph. : 3.25 Cyl. : 1.00 Ecart VL=29-Ecart VP=0	1	1 250.00	20	1 500.00
Verre G.	INDO - Adresse du fabricant non renseignée INDO INDO ACTIVA R 1.67 NATURAL Sph. : 3.25 Cyl. : 0.50 Ecart VL=29-Ecart VP=0	1	1 250.00	20	1 500.00
Total équipement 1 :		2	2500.00		3000.00

réglé par :
- carte bancaire le 11.09.2021

Vous avez été reçu par R. MOUNA

Total HT 2 500.00 Dhs
TVA 500.00 Dhs
Total TTC 3 000.00 Dhs

Payé 3 000.00 Dhs
Reste à payer 0.00 Dhs

Optical Discount
Opticien Optométriste
C. Marjane Hay Hassani
CASABLANCA
Tel : 05 22 91 33 44

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste 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 16/07/2021 في البيضاء

Madame EL OFIR Zakia

VERRES + MONTURE

PROGRESSIFS

Oeil Droit : $(65^\circ -1,00) + 4,25$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(105^\circ -0,50) + 3,75$, Addition + 2,50

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Farhat Hachad
Tel : 05 22 26 61 68 - Casa



Consultations : Tel.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier), Casablanca.
Urgences : Tel.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.
E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaservision.com

Le: 11/09/2021

Facture num: F210900062

Mme El Ofir Zakia

Quantité	Désignations	Prix Unitaire	Prix Global
1	Monture optique	1000.00	1000.00
2	Verres correcteurs organiques progressifs antireflets OD : +4.25 (-1.00 à 65) OG : +3.75 (-0.50 à 105) Add +2.50	1000.00	2000.00
			3000.00

Modalité de paiement : espèce

Trois mille dirhams.



095002382

[Handwritten signature]

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca

R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259

C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074

Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com