

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

Informations 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.

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.

Optique :

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

Education :

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.

Prothésiste :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543

Société :

110889

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHATIB Red

Date de naissance : 21.01.1943

Adresse : Jardin de Calypso "B6 de FES
App' c19 GABY BRAUNA

Tél. : 066.02.7557

Total des frais engagés : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

07 AVR. 2022



Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وثنتها بالوصفات المرسلة.
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.	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية 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.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	ستتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصرير كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية حتى التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	
Signature et cachet de l'Agence	خواص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	Date d'arrivée :
Date de dépôt du dossier :	Date d'accès :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة*	تنفيذ*	Ref. : ANAM 1.2.01.01
Entente préalable*	Exécution*	Réf. : 610-1-02 (لها)
خاص بالمؤمن له (لها)		

الاسم العائلي والشخصي :	الرقم التسجيلي :	
Nom et prénom : ANDALOUSSI Leftia	N° Immatriculation : 186 178 18	
N° de la carte d'Identité Nationale : E88945	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن	Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه
Adresse : Jardins de California 16 La 16 App C19	العنوان :	
Montant des frais : درهم Dhs.	مبلغ المصارييف :	
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة :	

تصريح الطبيب المعالج		المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي :	نوع العلاجات	الاسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom : ANDALOUSSI Leftia	Date de naissance :	Tarif d'admission :
N° de la carte d'Identité Nationale : 129016102381	N° de la carte d'Identité Nationale :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر	F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس* :

Identification du Médecin traitant		الرقم الوطني للمؤمن له (لها)
نوع العلاجات		تم تقديم الظرف المغلق.*
N° INP : 129016102381	نوع العلاجات	
Type de soins		نوع العلاجات
Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/> مرض للأطفال أقل من 12 سنة	اللطفى <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Remise en état <input type="checkbox"/> Réadaptation <input type="checkbox"/> Oui	Non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة *	Date de grossesse : <input type="checkbox"/> Date prévue d'accouchement : <input type="checkbox"/>	تاريخ الحمل : <input type="checkbox"/> التاريخ المرتقب للولادة : <input type="checkbox"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء *	Date d'hospitalisation : <input type="checkbox"/>	تاريخ الاستشفاء : <input type="checkbox"/>
Accident* <input type="checkbox"/> حادث *	Date d'accident : <input type="checkbox"/> Causes de l'accident : <input type="checkbox"/>	تاريخ الحادث : <input type="checkbox"/> أسباب الحادث : <input type="checkbox"/>
لقد أودعني كل ما ذكر أعلاه.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		
Fait à : 113 AV. OASIS, BOULANGERIE, DAKAR, SENEGAL	Le : 10/02/2018	توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins
الإذ يتعهد بالبيانات المذكورة أعلاه صحيحة وصادقة.		

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغور Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
12.9.2022			F a c t u r e 03546192	850,-, 00 DMR	CHIQUQUE JERRADA OASIS 1113, AV. Abdellatif Bouabid CASABLANCA Tél : 0522 23 81 82 - Fax : 0522 23 81 82 E-mail : direction@chiququejerrada.ma

CIM-10

Actes Paramédicaux

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					
INP :					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

حدد الوصفات التي يتم تنفيذها من التحديات الطبيعية المهمة

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : []		
INP : []		
INP : []		

Docteur Tawfik Jellal

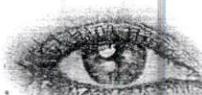
Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

* Angiographie.

* Laser * Lentilles de contact

* Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآلي

العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 22/02/2022

Compris
Opérable
n° Lahfa Andaloussi

Cataracte ab droit

- Creusement du champ opérable
- Incision au ciseau 2,75 au limbe.
- bleu + vasque + Capulithoris circulaire
- Hydroréduction du noyau et phacemulsification
du noyau
- Aspiration du manteau cristallinaires
- Nuc en place de l'implant phable.
- Cormage + fermeture

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
Tél: 05 22 20 94 31
24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage -Casablanca-
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 21 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage -Casablanca-

Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 21 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) الطاقي الأول الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 22-02-2022

Facture N° 03546/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22B22072651 N° Identifiant : 058069/22

Nom & Prénom : Mme ANDALOUSSI LATIFA

C.I.N : E88945

Adresse : JARDINS CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : ANDALOUSSI LATIFA

Médecin traitant : DR . JELLAL TAWFIK

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-02-2022

Date Sortie : 22-02-2022

Traitements : CATARACTE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
REANIMATION						
1	SEJOUR AMBULATOIRE		300,00			300,00
Total Rubrique :						
1	CATARACTE		1 687,77			1 687,77
Total Rubrique :						
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		112,23			112,23
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MEDECIN ANESTHESISTE		900,00			900,00
1	DR. JELLAL TAWFIK (OPHTALMOLOGUE)		5 500,00			5 500,00
Total Rubrique :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
TOTAL GENERAL						
8 500,00						

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 22/02/2022 au 22/02/2022

Patient : Mme ANDALOUSSI LATIFA

N° Dossier : CJO22B22072651

Organisme : PAYANT

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE NON STERILE 10X10 AB (100)	3,75 Dh	3	11,25 Dh
COMPRESSE OCULAIRE	4,00 Dh	2	8,00 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 7.5	9,44 Dh	2	18,88 Dh
INTRANULE G22 BLEU	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LUNETTES A O2 AD (001)	9,00 Dh	1	9,00 Dh
OXYGENE BLOC (001)	1,50 Dh	25	37,50 Dh
SERINGUE 1 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
			91,63 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
RINGER LACTATE 500 ML INJECTA (01)	18,40 Dh	1	18,40 Dh
STERDEX PDE OPH (12)	2,20 Dh	1	2,20 Dh
			20,60 Dh

Total global : 112,23 Dh

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abdellah Ben Bousaid
CASABLANCA
Tél : 0522 231 61 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@clinique-jerrada.oas.com

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO22B22072651

NOM DU PATIENT Mme ANDALOUSSI LATIFA

MÉDECIN TRAITANT JELLAL TAWFIK

PRISE EN CHARGE PAYANT CNSS

DATE D'ENTREE 22/02/2022

DATE DE SORTIE 22/02/2022

MODE DE SORTIE normal

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, AV. Abdellah Bouabid
Tél: 0522 23 81 81 - Fax: 0522 23 81 82
E-mail: direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 22-02-2022

DR. JELLAL Tawfik
Spécialité : OPHTALMOLOGUE
N° Patente :
Identifiant fiscal : 41812270
ICE : 002239907000071

PATIENT : Mme ANDALOUSSI LATIFA

HONORAIRES : 5 500,00 Dh
(CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Bagdad
Tél: 05.22.20.94.31 Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 22-02-2022

DR. MEDECIN ANESTHESISTE

PATIENT : Mme ANDALOUSSI LATIFA

HONORAIRES : 900,00 Dh
(NEUF CENTS DIRHAMS)

Dr. Amina BENOMAR
Professeur
Anesthésiste - Réanimation
Médecine d'Urgence

113, Av. Abderrahmane Boudib
CLINIQUE JERRADA-OASIS
Tél: 0522 23 81 82
E-mail: drbenomar@chirurgieurgence.rabat.ma

DÉTAILS

X

N° Dossier

102341872

Montant remboursé

4550.0

Situation

Envoyé à l'assuré

Date de situation

24/03/2022

Mode de paiement

Virement assuré

Motif

	بيان تعويضات التأمين الصحي الاجباري	 التأمين الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الاجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire		
	RELEVE DES PRESTATIONS AMO		مرجع رقم : RIF: 6102406 : Page : 1		
	Référence structurée : 220313883384187	Emis à Casablanca le : 24/03/2022			
	Identifiant de la famille تعريف العائلة	ANDALOUSSI LATIFA HADAÏK CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4 CALIFORNIE CASABLANCA 2000			
	N° d'identification : 186172518 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement				
	Informations :				

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ المراج Date de visite	الصيغ Acte	بيان الصحة Présentation de soins	مبلغ التعويض Montant de la dépense	التaxes Taxe de référence	العامل Cas N°	النهاية Quand N°	أسس Base de remboursement	نسبة Taxe de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ANDALOUSSI LATIFA	12/02/2022	RCU	ULÉN9218 TERRADA OASIS	1100,00	0,00	100	100	0,100,00	70	4550,00
Total remboursé pour LATIFA										4 550,00
Total général remboursé										4 550,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 22/02/2022 OD