

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : R.Am 118525

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01.01.58

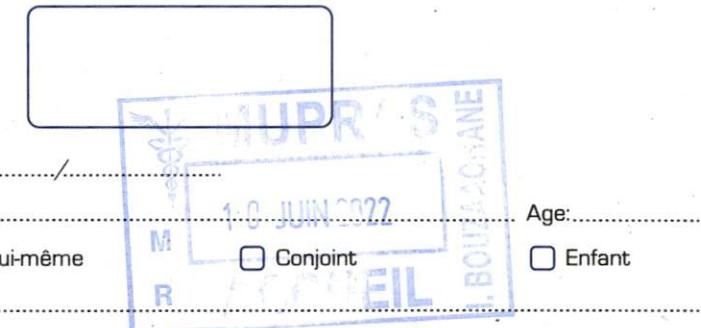
Adresse : R. Scamac, angle Rue IBNou KALAKIS, Bd Bourguiba

N° 130 Casa

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 7.19,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CPRA Le : 08.06.22

Signature de l'adhérent(e) : W

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 الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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. لأنحة «ذة 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 تصريف كاذب للإسقاطة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de l'Agence

توقيع و طبع الوكالة

Réserve à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _

Date d'arrivée : _ _ _ _ _

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM 1-03-0610 مرجع رقم
--	---	--	---	--

خاص بالمؤمن له (ها)
نº dossier:
0605904320

الاسم العائلي والشخصي : _____
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____
عنوان :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)*
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج
 Enfant ابن

Adresss : R.Senacq Angle Rue Ibnou KALAKIS, N° 13 o Bd. Bourgogne (78)
Montant des frais :

5.19,20 Dhs. مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :
A

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :
_ _ _ _ _

Nº CIN :
_ _ _ _ _

Sexe *: M ذكر F أنثى الجنس :

INPE et code à barres :
Mona ZAKI

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

قبل المرض المزمن *:
oui Non

رقم ملف المرض المزمن :
_ _ _ _ _

رمز المرض المزمن :
_ _ _ _ _

Type de soins
Hospitalisation* استشفاء*

Admission ALD *:
oui Non

Nº dossier ALD : _ _ _ _ _

Code ALD : _ _ _ _ _

Maladie* مرض* * Cocher la mention utile pour chaque case

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Le : _ _ _ _ _

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant et de l'Etablissement de soins
_ _ _ _ _

* لاطب الفاتورة
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 - فار البيضاء من، بـ 2186 - فار البيضاء من، بـ 2186 - المرضيحة - الهاتف

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 المفوت Montant facturé	توقيع طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
<u>04</u> <u>04</u> <u>2022</u>	<u>CS</u>		<u>200 DH</u>		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1						
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1						

جد 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

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'imagerie et de pathologies rétinien
nes de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفي ابن رشد سابقاً

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : الدار البيضاء، في :

04 avril 2022

Mr. KSAR MOHAMED

135,00

1/ EOLE DUAL



3 fois par jour, 6 Mois

192,10x2

2/ DUOTRAV COLLYRE



1 goutte 1 fois par jour, le soir , 6 Mois

510,20

PHARMACIE DE L'AVERA
Mme G.
162 Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd
El Khair 1er Etage, 18, 05 22 90 15 24

Dr. ZAKI Mon
Spécialiste Ophtalmologie
Adultes et Enfants
18, Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd
El Khair 1er Etage, 18, 05 22 90 15 24
Casablanca . Tél : 05 22 90 15 24

05 22 90 15 24

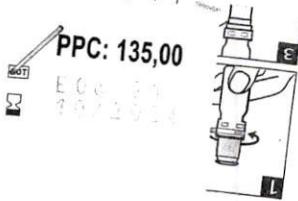
zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، تجزئة سعد الخير شارع 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca

PPC: 135,00



INDICATIONS: Secheresse oculaire modérée à sévère - Syndrome de l'œil sec - Rougissement oculaire. **INN:** Iacrymal et les phénomènes de rougeur oculaire. **EFFETS SECONDAIRES:** Infiltration des yeux et des muqueuses oculaires par des facteurs environnementaux (pollution, vent, fumée, soleil, sel de mer) - Utilisation prolongée de l'ordinateur - Stress oculaire lié au port des lentilles de contact - Allergie des structures du film lacrymal suivi à la chirurgie de la surface oculaire.

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Botheima Bouskoura
Prix : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

 بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 المكتب الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم	
Référence structurée : 220415461827839		Emis à Casablanca le : 00000	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
Informations : معلومات :			

مرجع الاشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
089026885	04/04/2022	C	MME ZAKI MONA	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089026885	04/04/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	519,20	384,20	1,00	1,00	384,20	70	268,94
Total remboursé pour MOHAMED										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان