

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0005194

119238

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 976 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. PAST FATIMA
Date de naissance : 07-11-1967
Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA
Tél. : 067820257 Total des frais engagés : 436,30 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 14 / 06 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220414766848909	Emis à Casablanca le : 12/04/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة : HABILLE SAID 273 BD MY YOUSSEF CASABLANCA 0000 N° d'immatriculation: 134566234 Règlement du mois : 04/2022 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
HABILLE SAID										
067117614	28/03/2022	CG	MR BADAoui	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
067117614	28/03/2022	PH	ABDELLATIF PHARMACIE LA CORNICHE	436,30	390,10	1,00	1,00	390,10	83	323,78
Total remboursé pour SAID										323,78
Total général remboursé										323,78

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

تعليمات يجب إتباعها

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.

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتمّ تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

<p><u>توقيع و طابع الوكالة</u></p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p><u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u></p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

 <p>الجمهورية الجزائرية LE ROYAL ALGERIEN C.N.S.S Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> * موافقة مسبقة * Entente préalable * </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> * تنفيذ * Exécution * </td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مراجع رقم 610-1-03 : Réf.</p>
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *			
N° Dossier :				
Partie réservée à l'assuré(e)				
الخاص بالمؤمن له (لها)				
Nom et prénom : HABILLE SAÏD		الإسم والعائلي والشخصي :		
N° Immatriculation : 134-566-234		رقم التسجيل :		
N° CIN : B-567-860		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				
Adresse :				
العنوان :				
Montant des frais : 436,30 Dhs.		مبلغ المصاريف :		
Nombre de pièces jointes : 02		عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du Médecin traitant				
صريح الطبيب المعالج				
Bénéficiaire de soins				
المستفيد من العلاجات				
Nom et prénom : HABILLE SAÏD		الإسم والعائلي والشخصي :		
Date de naissance : 04-05-1960		تاريخ الإزدياد :		
N° CIN : B-567-860		رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس * :		
INPE et code à barres **				
رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **				
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية			
Type de soins				
نوع العلاجات				
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
قبول المرض المزمن * :				
N° dossier ALD :				
رقم ملف المرض المزمن :				
Code ALD :				
رمز المرض المزمن :				
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*				
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء				
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.				
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه				
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.				
أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه				
Fait à :				
في :				
Le :				
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية				
Signature de l'assuré (e)				
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins				

* Cocher la mention utile pour chaque cas.

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

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف 2186 ص. ب. الدار البيضاء المحطة. 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 وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
28-3-2022				Dr. BADAOU Abdelatif Opht ALMOLOGISTE 27, Rue Farhat Achad Tel: 05 22 26 61 68 - Casa	
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

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
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 : 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	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 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				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
28/03/2022	436.30	Pharmacie La Corniche 319, Bd Moulay Youssef Tél/Fax : 05.22.27.67.03 R. ALI ALI Naoual	
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			

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

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

كتور بدوي عبد اللطيف

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

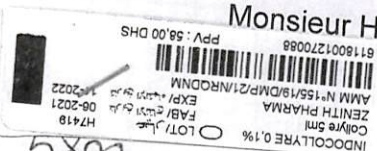
ريج كلية مونبولي بفرنسا
لحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le

28-03-2022

في البيضاء

Monsieur HABILLE Said



- **INDOCOLLYRE 0.1 COLLYRE**

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil gauche, pendant 1 semaine

- **COSOPT**

1 goutte le matin et soir pendant 3 mois

Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03

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

FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

COLLYRE D'INDOCOLLYRE
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082



6 118001 160082



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