

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 976 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. BASTIATIM

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA

Tél. : 06 78 22 257 Total des frais engagés : 136,30 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 :

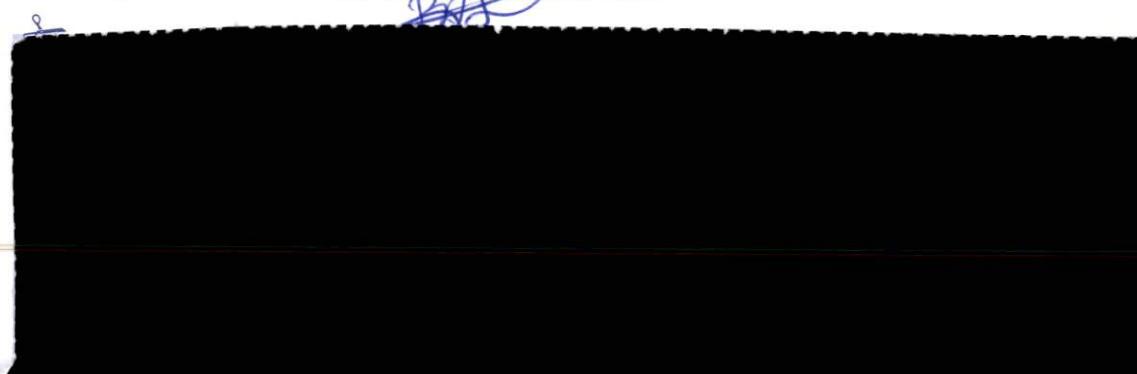
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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]



Déclaration de Maladie

M22- 0005194

119238

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 :

Page : 1

Référence structurée : 220414766848909

Emis à Casablanca le : 12/04/2022

Identifier de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation: 134566234

Règlement du mois : 04/2022

Mode de paiement : Virement

HABILLE SAID
273 BD MY YOUSSEF
CASABLANCA 0000

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار 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
HA : HILLE SAID										
067117614	28/03/2022	CG	MR BADAOUI ABDELLATIF PHARMACIE LA CORNICHE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
067117614	28/03/2022	PH		436,30	390,10	1,00	1,00	390,10	83	323,78
Total remboursé pour SAID										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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.

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 طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة الملاجع المستتر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

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

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

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سيق 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 : _____

تعليمات يجب اتباعها



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Réf. : 610-1-03
Réf. : AFARAN 1.2.02.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ABDILLÉ SAIN

N° Immatriculation : 134-56622734

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse :

Montant des frais : 436,30 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 3

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ABDILLÉ SAIN

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe *:

04-05-1960

BR-5678601

ذكر أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Dr. BIBI ABDALLAH HACHAO
OPHTALMOLOGISTE
Rue Farhat Hached
22-05-26

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD :

Maladie*

مرض *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

Fait à :

ب : _____

Le : _____

في : _____

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

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

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن *:

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

استعجال

أصرح بمصداقية وصحة

البيانات المذكورة أعلاه

بيانات المذكورة أعلاه

بيانات المذكورة أعلاه

بيانات المذكورة أعلاه

بيانات المذكورة أعلاه

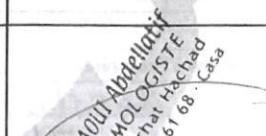
* اطلب المذكرة المناسبة

** 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

دار المؤمن - ساحة نافار - الدار البيضاء من 8:00 إلى 21:00

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casablanca 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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
28-3- 2022	5		CIRCUIT	 Dr. BADAOUI Abdellatif OPHTALMOLOGISTE 27, Rue Farhat Hachad Tel: 05 22 26 61 68 - Casab	
INPE et code à Barres 059744-10531					
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

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		
توقيع و طابع الصيدلي او مون التجهيزات الطبية	الثمن المغورى	Date d'exécution
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	436.30	28/03/2022
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1 INPE : 092037266		
INPE et code à Barres 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

خصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
تصحيف البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

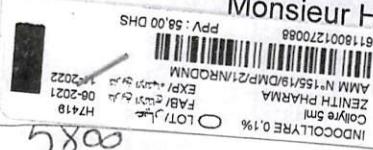
ريج كلية مونبولي بفرنسا
لتحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le

28-03-2022

في البيضاء

Monsieur HABILLE Said



5800

- INDOCOLLYRE 0.1 COLLYRE
1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil gauche, pendant
1 semaine

126.10 x 3

-COSOPT

1 goutte le matin et soir pendant 3 mois

436.30

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

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPTICAL MOLOGISTE
27, Rue Farhat Hachad
Casablanca
Tel: 05.22.26.61.68.



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.drbadaouiabdelatif.com - www.casablancalaservision.com

