

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.HAMI

Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : R.Samia, Angle Rue IBNou KALAKIS, N° 130 Bd

Bougogne PASA

Tél. : 0605904320

Total des frais engagés : 1.100.109 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 : CASA

Le : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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.

Instructions à suivre

Présenter 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.

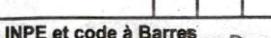
Signature et timbre de l'agence

Identification de l'agent : _____	Signature et timbre de l'agence
Date de dépôt du dossier : _____	Signature et timbre de l'agence
Date d'arrivée : _____	

Signature et timbre de l'agence

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>		<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>	
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *		<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	
رقم التسجيل : _____ رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____ علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * العنوان : _____ مبلغ المصاري : _____ عدد الوثائق المرفقة : _____			
Nom et prénom : K S A R M o h a m m e d N° Immatriculation : 115161891248 N° CIN : B_99_4105_1 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن			
Adresse : R. Sanea, Angle Rue IBNU KALTAKIS, N° 130 Bourgogne CAF Montant des frais : 1000.000 Dhs. Nombre de pièces jointes : 3			
Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ N° CIN : _____ Sexe * : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F اذن <input type="checkbox"/> اذن			
INPE et code à barres ** Médecin traitant Dr. Mousa ZAKI الطبيب المعالج Etablissement de soins Optithoracologiste المؤسسة العلاجية			
Type de soins Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N° dossier ALD : _____ Code ALD : _____ Maladie * : <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> استشارة * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشارة *			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : DAKAR Le : 15/02/2014 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)			
Je déclare les informations ci-dessus أصرح بمصداقية المعلومات المقدمة أند بصحة كل ما ذكر أعلاه sincères et véritables. Fait à : DAKAR Le : 15/02/2014 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)			
* Cocher la mention utile pour chaque case ** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) et des Etablissements de Soins, ainsi que le code à barres. دار المؤمن رقم التسجيل : _____ رقم التسجيل : _____ العنوان : _____ العنوان : _____ مaison 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
تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
21/05/2022			Contrôle		
INPE et code à Barres					
111111111111					
INPE et code à Barres					
111111111111					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
26/05/2022	1080	laser tag op	1000 dh	 Clinique J. A. DA Service de Radiologie Casablanca Tel : 0522.99.37.48	
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

و التجهيرات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

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

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220617887139220

Emis à Casablanca le : 22/06/2022

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 159689128
Règlement du mois : 06/2022
Mode de paiement : Virement

KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
090966114	17/05/2022	KC	CLINIQUE JERRADA OASIS	1 000,00	1 350,00	1,00	1,00	1 350,00	70	700,00
090966054	21/05/2022	K	CLINIQUE JERRADA OASIS	1 000,00	800,00	1,00	1,00	800,00	70	560,00
Total remboursé pour MOHAMED										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 rétiniennes

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 والاطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT في جامعة فيرساي

دبلوم العدسات الاصنفه بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الميز

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

الدار البيضاء، في :

21 / 51 2022

Ksar M^{ed}

le 26/51 2022 à clinique

prosta IP au laser OG

delster)

(A ne pas

Dr. ZAKI Mona
Spécialiste Ophtalmologue
18 Route Saâd El Khair 10500 Hay Hassani
Casablanca - Tél: 05 22 99 37 48

Clinique YERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél: 05 22 99 37 48

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، تجزئة سعد الخير شارع 24 - الدبيسي - البيضاء

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

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophthalmologie

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 rétinienne
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 بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيادة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس دidero

دبلوم OCT بجامعة فرساي

دبلوم العدسات الاصنفية بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le :

26/5/2022

الدار البيضاء، في :

Rsan M^{ed}

péiophéphie
du mireau de

Iréotomie

au laser yaf

du glaucome

à angle

fermé

Dr. ZAKI MOUSSA
Spécialiste Ophtalmologue
Adultes et Enfants
18, Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd
El Khair 1er Etage bldy Hassan
Casablanca - Tel : 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 Hassan - Casablanca

Facture N° 09525/22
A. Identification

N° Dossier : CJO22E26101452

N° Identifiant : 061572/22

Nom & Prénom : M. KSAR MOHAMED

C.I.N : B99405

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR. ZAKI MONA

C. Débiteur
Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 26-05-2022

Date Sortie : 26-05-2022

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	Laser YAG		1 000,00			1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						1 000,00

MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
 Service de Radiologie
 Casablanca
 Tél : 05 22 99 37 48