

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 canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 0059850

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SHAM, Fatima
 Date de naissance : 01.01.58
 Adresse : R. Sanaa, Angle Rue IBRAHIM KALAKIS, n° 130 Bd. Boulogne RAS
 Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : ₪ 1000,00 ₪ 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 : CASABLANCA Le : 08 / 08 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 إتباعها

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

	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 مرجع رقم
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Ref. : ANAM 1.20.01
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
خاص بالمؤمن له (لها)			
الاسم العائلي والشخصي : K.S.A.R. Mohamed			
رقم التسجيل : 1151216191218			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1151216191218			
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>			
العنوان : R. Sanaa, Angle Rue Ibnou Kalouk, N°130 Bourgas			
مبلغ المصاريف : 1000.000 Dhs.			
عدد الوثائق المرفقة : 3			
Montant des frais :			
Nombre de pièces jointes : 3			
Déclaration du Médecin traitant			
المستفيد من العلاجات			
الاسم العائلي والشخصي :			
تاريخ الميلاد :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
الجنس : M <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			
الرقم الوطني الاستدالي و الرقم المشرقي **			
INPE et code à barres **		مؤسسة العلاجية	
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات			
Type de soins			
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
N° dossier ALD :			
Code ALD :			
Maladie * : <input type="checkbox"/> مرض			
Hospitalisation * : <input type="checkbox"/> استشفاء			
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. أصرح بمصداقية المعلومات المذكورة	
Fait à : CASABLANCA		Fait à : 21/05/2018	
Le : 21/05/2018		Le : 21/05/2018	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج Cachet et Signature du Médecin traitant de l'Etablissement de soins	
Cachet et signature de l'Agence Cachet et signature de l'Agence		توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	
Identification de l'agent :		تاريخ الإيداع :	
Date de dépôt du dossier :		تاريخ الإستلام :	

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي +011088+ +010674+ CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220617887139220	Emis à Casablanca le : 22/06/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف 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 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
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										1 260,00
Total général remboursé										1 260,00

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

إخصائية في طب وجراحة العيون

لل كبار والأطفال

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 بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بورديو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le 21 / 5 / 2022 : الدار البيضاء، في

Ksaw M^{ed}

ROV le 26/5/2022 à cliinp
fouda laser OG
IP au

(A ne pas dilater)

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

Dr. ZAKI Mona
Spécialiste Ophtalmologie
Adulte et Enfants
18 Route Saâd El Khair
El Khair (sur l'avenue) Hassan
Casablanca - Tel : 05 22 99 15 24

☎ 05 22 90 15 24

✉ zaki.mona.ak@gmail.com

☎ 06 65 99 25 98 (WhatsApp)

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

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay

Hassani - Casablanca

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

للإكبار والأطفال

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 بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le :

26/5/2022

الدار البيضاء، في :

Ksai Med

Iridectomie

périphérique

au laser yag

du niveau de

du glaucome

chronique

à angle

fermé

DR. ZAKI MONA
Spécialiste Ophtalmologue
Adultes et Enfants
18, Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd
El Khair 1er Etage Hay Hassani
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 H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

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



090061078

مستشفى

CASABLANCA Le : 26-05-2022

Facture N° 09525/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22E26101452

N° Identifiant : 061572/22

Nom & Prénom : M. KSAR MOHAMED

C.I.N : B99405

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 26-05-2022

Date Sortie : 26-05-2022

Médecin traitant : DR. ZAKI MONA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	Laser YAG		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						1 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
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