

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

12/2013

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatihi

Date de naissance : 01.01.58

Adresse : R. Samaa, Angle Rue Ibn KALAKIS, N° 13

Bd Bourguigue CASA

Tél. : 06 25 90 43 20 Total des frais engagés : 1000.00 DA Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Age : .....

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 : 08.10.8.120.22

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



## 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 ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير ،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب ارفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية.  
المراجعة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لاحظ هذه 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع و طبع الوكالة  
**Cachet et signature de l'Agence**

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
**Réserve à la DAMO**

Identification de l'agent : \_\_\_\_\_

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_ تاریخ الایداع : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. ANAM : 120201  
Réf. ANAM : 120201

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : .....  
Rém. التسجيل :

K SAR Mohamed

N° Immatriculation : ١٤٩١٦٥٢٨

١٤٩٩٤٩٥

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

العنوان : .....  
R. Samaa, Angle Rue Ibnou KALAKIO, Bd. Bourguiba

مبلغ المصاري : ..... درهم N° 130 URA

عدد الوثائق المرفقة : ..... ٣

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : .....  
Rém. تاريخ الإزدياد :

Date de naissance : ..... ١٤٠١\_١٠\_١٧

N° CIN : ..... ١٤٠١\_١٠\_١٧\_١٠\_١٠\_١٠\_١٠\_١٠

جنس : \* ..... M ♂ F ♀

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق \*\*

Dr Mona ZAKI  
Ophtalmologiste  
N° : 09118448

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

قول المرض المزمن : \* .....

رقم ملف المرض المزمن : .....

رمز المرض المزمن : .....

### Type de soins

Admission ALD \* : ..... Oui Non

N° dossier ALD : ..... ١٤٠١\_١٠\_١٧\_١٠\_١٠\_١٠\_١٠\_١٠

Code ALD : ..... ١٤٠١\_١٠\_١٧\_١٠\_١٠\_١٠\_١٠\_١٠

Maladie\* ..... مرض \*

Hospitalisation\* ..... استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessous.

Fait à : ..... CASA

Le : ..... ١٤٠١\_٠٥\_٢٠٢٢

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

أشعر بمصداقية ودقة المعلومات المذكورة أعلاه  
المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessous  
sincères et véritables.

Fait à : ..... CASA

Le : ..... ١٤٠١\_٠٥\_٢٠٢٢

توقيع الطبيب المعالج أو المدير المسؤول

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

\* 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 - ساحة دار المؤمن - ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

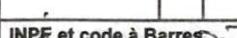
| Description des actes effectués    |                                |   |                                   |   | وصف العمليات المجرأة |
|------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|----------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes   | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع و طابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet du Médecin<br>traitant   |                      |
| 17/05/2022                         |                                |   | Consultation                      | <br>Dr. Zaki Al-Khalifah<br>Spécialiste Ophtalmologue<br>Adulte & Enfant<br>El Khalif 1er Flage Hay Hassani<br>Casablanca - Tel : 05 22 90 15 24 |                      |
| INPE et code à Barres<br>[Barcode] |                                |   |                                   |   |                      |
|                                    |                                |   |                                   |   |                      |
| INPE et code à Barres<br>[Barcode] |                                |   |                                   |   |                      |

---

CIM-10

| الإمدادات الطبية المساعدة             |                                |   |                                    |                                     |  | بيانات المعاين |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes      | رمز العمليات<br>Code des actes | معمل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation<br>NGAP | عدد<br>العمليات<br>Nbre<br>d'actes | المبلغ<br>المغور<br>Montant facturé | توقيع و طابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |                |
|                                       |                                |   |                                    |                                     |  |                |
| <b>INPE et code à Barres</b><br>_____ |                                |   |                                    |                                     |  |                |
|                                       |                                |   |                                    |                                     |  |                |
| <b>INPE et code à Barres</b><br>_____ |                                |   |                                    |                                     |  |                |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie  |                                |   |                                      |   | عمليات الإحياء، الأشعة و الصور |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes   | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation<br>NGAP/NABM | المبلغ المغوثر<br>Montant<br>facturé | توقيع و طابع طبيب الأشعة او الاحياء<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |                                |
| 19.10.2022   | 100                            | laser yag<br>IP   | 1000<br>dhs                          |   |                                |
| INPE et code à Barres<br> |                                |   |                                      |   |                                |
|  |                                |   |                                      |   |                                |
| INPE et code à Barres<br> |                                |   |                                      |   |                                |

**جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة**  
**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 |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
|                         |               |          |            |

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Page : 1

Référence structurée : 220617887139220

Emis à Casablanca le : 22/06/2022

Identifier de la famille تعرف 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<br>Référence accusé de réception | تاريخ العلاج<br>Date de soins | العمليات<br>Actes | مهنيو الصحة<br>Prestataires de soins | مبلغ المصروف<br>Montant de la dépense | التعريفة المرجعية<br>Tarif de référence | معامل<br>Coeff. | الكمية<br>Quantité | أساس التعويض<br>Base de remboursement | نسبة التعويض<br>Taux de remboursement% | مبلغ التعويض<br>Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| KSAR MOHAMED  |                               |                   |                                      |                                       |   |                 |                    |                                       |  |                                   |
| 090966114   | 17/05/2022                    | KC                | CLINIQUE JERRADA<br>OASIS            | 1 000,00                              | 1 350,00                                | 1,00            | 1,00               | 1 350,00                              | 70                                     | 700,00                            |
| 090966054   | 21/05/2022                    | K                 | CLINIQUE JERRADA<br>OASIS            | 1 000,00                              | 800,00                                  | 1,00            | 1,00               | 800,00                                | 70                                     | 560,00                            |
| <b>Total remboursé pour MOHAMED</b>                     |                               |                   |                                      |                                       |   |                 |                    |                                       |  |                                   |
| <b>Total général remboursé</b>                          |                               |                   |                                      |                                       |   |                 |                    |                                       |  |                                   |
| <b>1 260,00</b>   |                               |                   |                                      |                                       |   |                 |                    |                                       |  |                                   |

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 rétiennes  
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

Casablanca, Le : 19/5/2022  
دار البيضاء، في :

Ksar Med

Iridectomie périphérique au  
laser Yag  
glaucome  
angle fermé

Chirurgie OPHTALMOLOGISTE

Dr. ZAKI Mona  
Spécialiste Ophtalmologue  
Adultes et Enfants  
18, Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd  
El Khair 1er Etage Hay Hassanii  
Casablanca - Tel: 05 22 90 15 24

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

# الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والاطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خرسحة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

جامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

# 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 rétiennes

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

Casablanca, Le :

17/5/2022

دار البيضاء، في :

Ksar Mohamed

IP au laser Yag

OPHTHALMOLOGISTE  
Dr. RDV le 19/05/2022  
(Pas de dilatation)

Dr. ZAKI Mona  
Spécialiste Ophtalmologue  
Adultes et Enfants  
18, Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd  
El Khair 1er Etage Hay Hassanii  
Casablanca - Tel: 05 22 90 15 24

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

18; Lottissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassanii - Casablanca

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 19-05-2022

Facture N° 08904/22

**A. Identification**

N° Dossier : CJO22E19080802

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 : 19-05-2022

Date Sortie : 19-05-2022

Traitements :

Médecin traitant : DR . ZAKI MONA

| Qté | Prestations | Observation | Prix U.  | L.C. | Coef                 | Total           |
|-----|-------------|-------------|----------|------|----------------------|-----------------|
| 1   | Laser YAG   |             | 1 000,00 |      |                      | 1 000,00        |
|     |             |             |          |      | Total Rubrique :     | 1 000,00        |
|     |             |             |          |      |                      | 1 000,00        |
|     |             |             |          |      |                      | 0,00            |
|     |             |             |          |      | <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>1 000,00</b> |

1 MILLE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

Clinique JERRADA  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 23 81 82  
Fax : 05 22 23 81 82  
Tél : 05 22 99 37 48