

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6328 Société : RAM

Nom & Prénom : MAHTAJ MOHAMMED

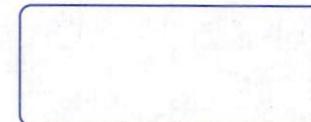
Date de naissance : 27/12/1951

Adresse :

Tél. : 0660324282 Total des frais engagés : # 3495# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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 : CASAB Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : MS

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 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 accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et aux 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.

نقدم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 الشرطي للأدوية المشتراء.

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية
المراجعة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسئولة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للنوعيّة.

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

حق التعيوض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يسبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

 ال Gemini الامتحاني CNSS <i>Le devoir de vous protéger</i>	<h2>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	<i>Réf. - 610-1-02</i> <i>مرجع رقم</i>

N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :	
Nom et prénom : GHAЛИ SAIDA		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation :		رقم التسجيل :	
N° CIN :		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 : Rosa Palmiers Imm D N°6 Sidi Maury CASABLANCA العنوان :			
Montant des frais :		مبلغ المصارييف :	
		# 3495 # درهم	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins			
نام العائلي والشخصي :			
Nom et prénom :			
Date de naissance :			
- - - - -			
N° CIN:			
- - - - -			
Sexe* :			
ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à barres			
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins *			
Hospitalisation <input type="checkbox"/>		استشفاء <input type="checkbox"/>	
Maternité <input type="checkbox"/>		أمومة <input type="checkbox"/>	
Accident <input type="checkbox"/>		حادثة <input type="checkbox"/>	
Maladie <input type="checkbox"/>		مرض <input type="checkbox"/>	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهُد بصدقه كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	سُبْحَانَ رَبِّ الْعَالَمِينَ
Fait à :	بـ :	Fait à :	بـ :
Le : ١٢٠٢٢٣	في : ٢٠٢٣	Le : ١٢٠٢٢٣	في : ٢٠٢٣
توقيع المؤمن له <u>Signature de l'assuré(e)</u>		Dr. HASSAN CHAKIB <u>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</u> Dr. HASSAN CHAKIB Galerie Familia Angi Rue Jura McDonald's - Elie Maârif	

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

عمليات الإيجاء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
26.12.2023	C2	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69	150,00	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69
INPE et code à Barres				

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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجاء
Signature et Cachet du Radiologue ou
Biologiste

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو موظف التجهيزات
الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفوت Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
OF 3/12/23	3100.0	M-A-D Optic Opticien Optométriste 63, Rue Riquilbata Casa
INPE et code à Barres	Akram DAALI INPE: 065032633	
26/12/23	145.00	PHARMACIE DE L'HÔPITAL SAIN AU Argel Rd 27 Lebouni Et Rue D'agadir Casablanca
INPE et code à Barres	092031855	HÔPITAL SAIN AU Argel Rd 27 Lebouni Et Rue D'agadir Casablanca

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazar

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agree Pour Permis De Conduire

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Jura
et Av. Vergne 3ème Etag Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 99 45 68/69

الدكتورة براادة السنني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - انفيوغرافي
لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

مرخص لعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

الدار البيضاء ، في :

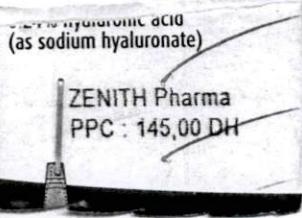
Dr. Berrada Souni Chakib

Surinthe de Conctivite (un + l'autre)

... magneuf Anti-inflam

$$OD = (90 - 225) - 350$$

$$OD = AB + 225$$



165.00

Aquakum 15 ml

M.A.D Optic
Opticien Optométriste
63, Rue Rguibate Casa

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Jura
et Av. Vergne 3ème Etag Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 99 45 68/69



OPTICIEN - LUNETIER - CONSEILS VISAGISTE

Akram DAALI

INPE: 065032633

un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° : **N° 000885**

Casablanca, le **07/02/2023**

Mme / Mr : **GHALI Sadiq**

Dr :

VL	VP - Add
OD: (96 - 0,50 - 3,50)	OD: +2,21
OG: (96 - 0,50 - 3,50)	OG: +2,21

Monture

optic
600.00 DH

Verres

Progressif incablue
2500.00 DH

Total à payer : **3100.00** DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Tolwinith Cend**

Cachet et signature

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63, Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 002642590000069



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06

الصفحة

Page 1 /1

N° d'immatriculation 137770551 رقم التسجيل
Règlements de la période
du : 17/02/2023 : من
au : 17/02/2023 : إلى

Destinataire

GHALI SAIDA

المرسل إليه

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم العلف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرداد الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHALI SAIDA											
102760095	26/12/2022	MON	OPTICIEN	600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	17/02/2023	157,50
102760095	26/12/2022	VER	OPTICIEN	2500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	17/02/2023	157,50
102760095	26/12/2022	CS	OPHTALMOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	17/02/2023	105,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
420,00											

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو المنسان على الأرقام