

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-507461

*complément*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9102	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NASSA LR Mohamen !			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	168493 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-507461

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

**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  
مراجع رقم : 610-2-06

صفحة

Page 1 /1

المؤمن إليه

N° d'immatriculation	135393149	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du :	19/04/2023	: من
au :	19/04/2023	: إلى

**ال的目的**

BENNANI SANAA

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال 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
<b>BENNANI SANAA</b>											
89344242	03/03/2023	MON	OPTICIEN	1500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	19/04/2023	157,50
89344242	03/03/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	19/04/2023	105,00
89344242	03/03/2023	VER	OPTICIEN	6000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	19/04/2023	157,50
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 الضمان على الأرقام



## إفادة بالاستلام Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : lundi 17 avril 2023 التاریخ:  
Heure : 09 h 47 WET المساعة:

Destinataire :

BENNANI SANA  
6 RUE IBN CHEK EL KIRAOUANI AP T10 M/SULTAN  
20120  
CASABLANCA

المرسل إليه:



N° CNSS	135393149	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	J278102	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	7935 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	BENNANI SANA	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

تم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات : يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البراءة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

وكلية Agence

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](http://www.cnss.ma)

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

الفاكسFax 05 22 88 01 93 التلفونTél CASABLANCA المدينةVille 139, Angle Avenue Mers Sultan et rue Zerhoun

العنوانAdresse MERS SULTAN

 الضمان الاجتماعي CNSS <small>Le devoir de vous protéger</small>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	<b>الملف المتعلق بالعلاج</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	

**N° Dossier :****Partie réservée à l'assuré(e)**

Nom et prénom : BENNANT Sanaa

N° Immatriculation : 135393449

N° CIN :

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

زوج

Enfant 

ابن

Adresse :

6, Rue Ibn Cheikh EL Khatib, 4ème étage opp 10 Mts Sultan Casablanca.

Montant des frais :

# 7935 # Dhs

**Nombre de pièces jointes :**

3

**Déclaration du médecin traitant****Bénéficiaire de soins**

Nom et prénom : Bennani Sanaa

Date de naissance : 1-1-1981

N° CIN: 1-1-1-1-1-1-1-1

Sexe\* :

M 

ذكر

F 

أنثى

**INPE et code à barres \*\***

0914413346

**Médecin traitant**  
الطبيب المعالج**Etablissement de soins**  
المؤسسة العلاجية**Type de soins\***

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	ستشفاء <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.  
 بـ: الدارالبيضاء  
 Fait à:

Le : 11/04/2023 في :

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 بـ:  
 Fait à:

Le : 10/04/2023 في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

oins par personne et par  
it être accompagnée de  
justificatives originales  
, factures, ...).

de la personne soignée  
les praticiens eux mêmes  
ns.

ansmises doivent être  
codes à barres des

ainsi que les pièces  
tre présentées à la CNSS  
i suivent le premier acte  
aitemment médical continu.  
dossier doit être présenté  
ours qui suivent la fin du

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

e peuvent donner lieu au  
ite à accord préalable.  
s est disponible auprès de

accidents du travail et  
les ne sont pas couverts.

ole de fraude ou de fausse  
air des prestations qui ne  
sible des sanctions légales

ourusement prise par la  
e au respect des conditions  
qui précède.

توقيع وطابع ال  
gnature de l'Agence

تقديم 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 الشريطي للأدوية  
المشتراة.

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 المتصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة  
المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وкалات  
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

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

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

#### **ion des actes effectués**

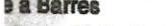
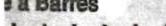
وصف العمليات المجرأة

نار ites	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
31	2023	51	300 ₣	
e à Barres	11111111			
e à Barres	11111111			

CIM-10

ramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

نار es	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
à Barres					
					
à Barres					
					

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

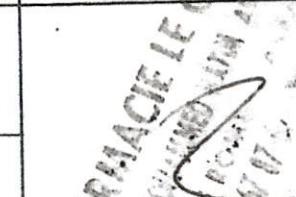
ات الامم، الاشارة والتحف

**جـ وـلـابـعـ طـبـيـبـ الـأشـعـةـ (أـوـ الـجيـانـيـ)  
Signature et Cachet du Radiologiste  
Biologiste**

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مذكرة العمليات Lettre ci-dessous cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue Biologiste
<b>INPE et code à Barres</b> 				
<b>INPE et code à Barres</b> 				

صفات التي تم تطبيقها وتجهيزات الطبيعة المعمونة

**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	مطبخ الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux
03.03.23	135,00	
INPE et code à Barres <u>021911121021121310</u>		
11/04/2023	7500 D H	

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Docteur Nezha MIYARA**

*Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact*

03 mars 2023

**الدكتورة ميارنة نزهة**

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة العين - العدسات اللاصقة

Mme BENNANI Sanaa

**Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets progressifs**

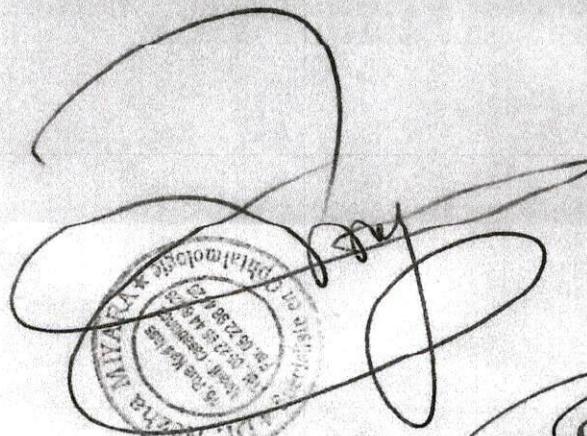
**Vision de loin :**

OD = - 0.25 (- 0.25 à 90°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 90°)

**Vision de près :**

ODG = Add : + 2.50



*Must Optic*

BOUZOUBAA Amina

66, Rue Moussa Bnou Noussair  
(Résidence Galilée)

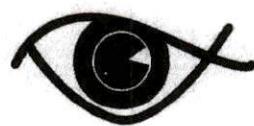
Tél.: 05 22 29 91 32 - Casablanca

Reg. de Commerce Casa 240 734

C.N.S.S. : 2584432

N° Ident. Fiscal : 4040 7225

N° Patente : 35507820



Nº 002748

مست أوبيتك  
آمنة بوزبوع  
زنقة موسى بن نصیر 66  
الهاتف : 05 22 29 91 32  
الدار البيضاء

Casablanca, le 1/04/2023

M<sup>m</sup> BENNANI Sanaa Doit

Nº de nomenclature correspondante à la prescription du Docteur <u>Miyana</u>	Vision de Loin	Vision de Près	Progressifs	Supplement
	O. D. ....	O. D. ....	O. D. <u>131</u>	.....
	O. G. ....	O. G. ....	O. G. <u>131</u>	.....

FOURNITURES :

Montures : <u>1 Monture optique</u>	<u>1500</u>
Verres : <u>2 verres progressifs</u>	<u>6 000</u>
<u>verres uniques anti-raylets</u>	
<b>TOTAL ...</b>	<u>7 500 DH</u>

La présente facture est arrêtée à la somme de :

Sept mille cinq cent  
dirhams

**MUST OPTIC**  
BOUZOUBAA AMINA  
66, Rue Moussa Bnou Noussair  
Tél. 29.91.32 - CASABLANCA



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

الدكتورة مياره نزهه

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة العين  
العدسات الاصطناعية

Casablanca, le ..... 03 mars 2023 .....

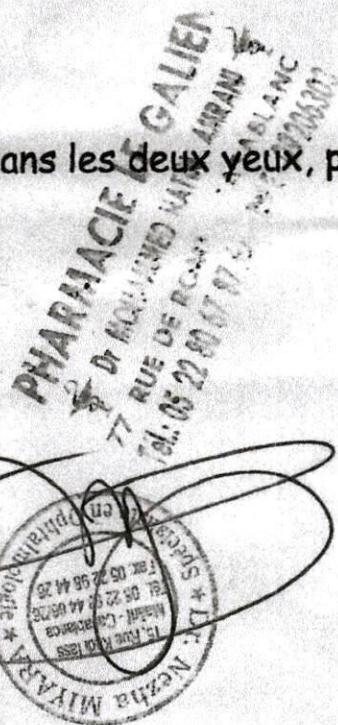
Mme BENNANI Sanda

EOLE DUAL COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1  
Mois

135,00

135,00



15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84  
E-mail : drmiyara@ophtalmologie-maroc.com - web : www.ophtalmologie-maroc.com - ICI : 00160260000002