

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABUAME MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 662100580

Total des frais engagés : 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 : 15/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	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 مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 14/05/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 /1 الصفحة
N° d'immatriculation 154502333 Règlements de la période du : 12/05/2023 : من إلى au : 12/05/2023		Destinataire EL MECHRAFI AZIZA	

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 استفادت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنـوـ الصحة	مبلغ المصاريـف	التعريفـة المرجـعـية	المعامل	الكمـيـة	نـسـلـ تعـويـضـ	نـسـبـةـ تعـويـضـ	تـارـيخـ إـرسـالـ الـادـاءـ	مـبلغـ تعـويـضـ
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
EL MECHRAFI AZIZA											
114701466	13/04/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	12/05/2023	115,50
114701466	13/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	162,30	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	12/05/2023	124,97
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
240,47											

- 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 البوابـةـ الـاـلـكـتـرـوـنيـةـ للـمـؤـمـنـ لـهـمـ
 أو تطبيقـ الـاـنـدـروـيدـ
 أو الـاتـصـالـ بـالـشـجـبـ الـأـلـيـ علىـ الرـقـمـ
 أو الـاتـصـالـ بـمـرـكـ الـاتـصـالـ الـثـالـثـ الـلـوـنـ الـأـلـيـ عـلـىـ الرـقـمـ

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 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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.
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة لانحة 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 تصريف كانب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيغيب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع و طبعة الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réserve à la DAMO

Date d'arrivée :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة	
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	
موافقة مسبقة *	تفيد *
Entente préalable *	Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Ref. : 610-1-03
مراجع رقم : ANAM 1.2.02.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL MECHRAFI AZIZA

N° Immatriculation : 14151410143131

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 123, Rue Abou El WATT, Les SIDI BOUZID - Casablanca

العنوان :

د. ر. هـ - Dhs.

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL MECHRAFI AZIZA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe *:

INPE et code à barres **

T.N. P. E.
591045195

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العالجة

صريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية

الجنس: *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD :

Maladie*

مرض *

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : Casablanca

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Le : 14/3/2014

Fait à :

Le : 14/3/2014

في :

توقيع المؤمن له

في :

Signature de l'assuré(e)

في :

توقيع و طبعة الطبيب المعالج أو المؤسسة العالجة

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

* أ Checkbox la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (l'Institut National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - ساحة مختار ، الدار البيضاء - 2186 - المغرب - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cass Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	وصف العمليات المجردة Signature et Cachet du Médecin traitant
13/04/2023		Mr. DUBLI OPHTALMOLOGIST 1, Rue Bentahar Casablanca 995	300	Signature et Cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

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	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التغليف Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13/04/23	18230	
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Marseille

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
أمراض وجراحة العيون

13 avril 2023

Casablanca le : الدار البيضاء في

Mme EL MECHRAFI Aziza

(54.40x3)

LARMABAK COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

29/04/2023
Avec ordre de pharmacien
MDL 2023-04-29
PHARMACIE LA HAJJA NADIA

162.3

Pharmacie La Hajja NADIA
ZEMANAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Taghazout - Casablanca
Tél : 05 22 29 25 64

Dr. Djebli El Aydouni
OPHTALMOLOGISTE
7 Rue Ben Dahan Casablanca
Tél : 0522.27.49.95

7 , زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف 0522.27.49.95
7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

LARMABAK 0.9%

Colyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA

LARMABAK 0.9%

Colyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6118001100651

LARMABAK 0.9%

Colyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI