

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.

M23-0028577

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **07540**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HAJI HIND ABDEL HAK**

Date de naissance : **11/08/1958**

Adresse : **ST, BEN ABDERRAHMANE, CASA**

Tél. : **0662634043**

Total des frais engagés : **3850,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/08/2023**

Nom et prénom du malade : **EL HAJI HIND**

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

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 : **CASA**

Le : **21/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **H. HIND**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
توفيق وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	المبلغ المقوّى Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	
Dr. Ahmed BOUCHEF 70, Rue Ahmed Ben Abdallah Casablanca 0522473345/0522473347	250.000		6	26/08/23	
INPE et code à Barres					1019412312513317
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الحياتية، الأشعة والصور
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 الإحباري Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع وظيفة الصيدلي أو موظف التجهيزات الطبية	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
INPE et code à Barres _____		
INPE et code à Barres _____		

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

Prestations et services non pris en charge par l'organisme gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



فادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

Ref: 610-2-102 مرجع رقم:

M
6



CASH PLUS
قرب لكم والحياة لكم

Code agence: 701399 رقم الوكالة:

Numéro dossier



137104247

رقم الملف

07548

Informations sur l'assuré

Nom et prénom: ELARCHI HIND
N° d'immatriculation: 136020080
Nom et prénom du bénéficiaire: ELARCHI HIND

معلومات عن العؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي المستند

معلومات عن الملف

نوع الملف

نرخ ورقة الایداع

نرخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Informations sur le dossier

DOSSIER DE REMBOURSEMENT

Type dossier: DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt: 13/09/2023 12:59
Date de soin: 2023-08-24
Montant des frais de soins: 3850 DHS

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدي، سيدتي،
لقد توصلنا بملفكم تغیركم انه ستنتم اهتماته على مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي من اجل معالجتة.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcn@cnss.ma ;
 - Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé conseillers du Centre
- d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

Sauf erreur ou omission

المزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم

يرجى زيارة موقعاً إلكترونياً

أو البوابة الإلكترونية للضمان لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

مما يخطو لمزيد



Code agence

701399

Date/heure de dépôt dossier

13/09/2023 12:59

نرخ ورقة الایداع

رقم العملية

Signature du déposant

توقيع

مودع الملف

Numéro d'opération partenaire

596030959

رقم الملف

Statut dossier

RECEPTION

وصغرة الملف

Numéro dossier



137104247

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

دكتور عبد الحق بouchتا

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجلول-عدسة الاتصال-الليزر-أنجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدار البيضاء في Casablancale

EL ARCHI Hind

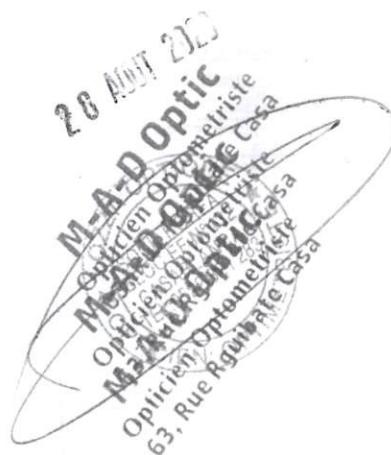
Casablanca, le jeudi 24 août 2023

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques *Ng*

Oeil Droit : -0,50 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : -0,75 , Addition + 2,25





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 : 19/09/2023

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 136020080
Règlements de la période
du : 19/09/2023 : من
au : 19/09/2023 : إلى

Destinataire

ELARCHI HIND

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
استحقتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العملية	مهنيو الصحة	مبلغ المصاري	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإذاء	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
ELARCHI HIND											
137104247	24/08/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	19/09/2023	105,00
137104247	24/08/2023	MON	OPTICIEN	1000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	19/09/2023	157,50
137104247	24/08/2023	VER	OPTICIEN	2600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	19/09/2023	157,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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

للزائد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابية الإلكترونية المزمعن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالجحيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° : N° 002454

Casablanca, le 28 FÉVRIER 2023

Mme / Mr : EL A R C H I H I M S.

Dr : ABDELHAK BOUCHTA

02540

VL

VP-Add + 225

OD : -0,5

OD :

OG : -0,75

OG :

Monture

Verres

PLIQUE

PLIQUE

1000,00 DH

2600,00 DH

Total à payer : 3600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Très Mille six Et 40.

Cachet et signature

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

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

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

ICE : 002642590000069