

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

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

M23-003181

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AZHAK Mohamed

23/07/1954

Date de naissance : 23/07/1954

Adresse : 58, Lab. Al Adlina, Sidi Maaref, Casablanca

Tél. : 06 63 05 17 65 Total des frais engagés : 5800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELOFIR ZAKIA

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.

Le : 17/11/2023

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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

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.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع:

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الضرورية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة.
يجب تقديم الملف حدود ستين (60) يوماً من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنبلة والتقويم السنوي الوجهي ضرورية كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإسنفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

Ref: ANA/612 01-01

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ELOFIR ZAKIA

N° Immatriculation : 1913024N13

N° de la carte d'Identité Nationale :

RFI 1913024N13

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

Conjoint ذكر

Enfant ابن

Adresse :

Laft El Alabama N.58 S. La Damas CASA

العنوان

Montant des frais :

5.000.000 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

EL OFIR ZAKIA

Nom et prénom :

1913024N13

Date de naissance :

N° de la carte d'Identité Nationale :

Sexe* :

M ذكر

F ابنة

تصريح الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

Maladie*	مرض: * Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/> للأطفال أقل من 12 سنة	Pli confidentiel remis*: Off <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	نحو تقديم الظرف المغلق: *
Maternité*	أمومة: * <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : Date prévue d'accouchement	نحو الحمل: * التاريخ المرتفق للولادة: *
Hospitalisation*	استشفاء: * <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :	نحو الاستشفاء: *
Accident*	حادث: * <input type="checkbox"/>	Date d'accident : Causes :	نحو الحادث: * أسباب الحادث: *

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

Fait à : Casablanca

Le : 23/04/2013

في : توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصر بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CNSS

Le : 23/04/2013

في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصالحة

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

Date d'arrivée : تاريخ الإسلام:

.....

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

دارالمهدن - ساحة داكن - الدار البيضاء - المحطة - الهاتف: 05 22 54 86 07 - الموقع على الأنترنت: www.cnss.ma
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 Web:www.cnss.ma

* اشطب الخانة المناسبة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة					
Description des actes effectués	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé
Al. 9.	92			300,55	
2023					

GIM-10

Actes Paramédicales

عمليات المساعدات الطبية

Actes Paramédicales		رموز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعاين Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>							
INP : <input type="text"/>							
INP : <input type="text"/>							

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

نوعي وظيف طبيب الأشعة أو الإيجابي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المعنون Montant facturé	قيمة المعامل Valeur clé	مكاليل العمليات Lettre clé Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
INP : [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] []					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشلن المفaturé Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23.10.2023	٥٥٠٠,-	<p style="text-align: center;"> MARINE OPTIC AYAD EL KHAOULA <u>Opticien et Optométriste</u> 102 Bis Rue 50 Hay Mly Abdellah Ain Chock Casablanca </p>
AYAD EL KHAOULA		
INP : <u> </u>	<u>INBE : 095023058</u>	
INP : <u> </u>	<u> </u>	
INP : <u> </u>	<u> </u>	

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologist specialist in eye surgery of cataract and visual correction by laser for myopia, astigmatism, hypermetropia and presbyopia

Diplomé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوبي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 14/09/2023 في البيضاء

Madame EL OFIR Zakia

VERRES + MONTURE

PROGRESSIFS

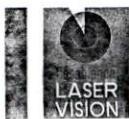
Oeil Droit : (70° -1,00) + 4,50 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (115° -0,75) + 4,00 , Addition + 2,50



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.
E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouilabellatif.com - www.casablancalaservision.com





**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 :

صفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 193302413
Règlements de la période
du : 27/10/2023 : من
au : 27/10/2023 : إلى

Destinataire

EL OFIR ZAKIA

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 الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة الصرجية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	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
EL OFIR ZAKIA											
112473788	14/09/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	27/10/2023	105,00
112473788	14/09/2023	MON	OPTICIEN	1500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	27/10/2023	157,50
112473788	14/09/2023	VER	OPTICIEN	4000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	27/10/2023	157,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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
080 203 333 / 080 200 7200

للمرصد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام