

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10534

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ERRANE Mourir

Date de naissance : 12/12/1971

Adresse : Aïn A.

Tél. : 0666277279 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/24

Nom et prénom du malade : 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 :

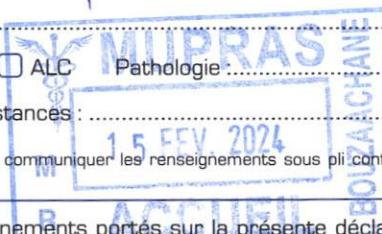
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 01/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 01/01



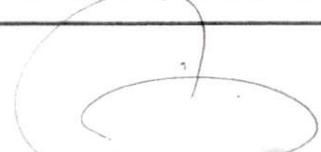
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

التاريخ 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 الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _____				
INPE et code à Barres _____				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او موظف النحويرات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٣.٠١.٢٠٢٤	١٥٦,٥٥	
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

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



**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

Emis à : CASABLANCA أصدر ب :
Le : 02/02/2024 بتاريخ :

Page 1 / 1

صفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 186767583 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 02/02/2024 : من
au : 02/02/2024 : إلى

Destinataire

ELASRI SAMIRA

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 المصارييف	التعريفة 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
ELASRI SAMIRA											
112483831	13/01/2024	VER	OPTICIEN	4000,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	02/02/2024	157,50
112483831	13/01/2024	D234	OPHTALMOLOGIE	200,00	247,50	11.00	1,00	247,50	70,00	02/02/2024	140,00
112483831	13/01/2024	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	02/02/2024	105,00
112483831	13/01/2024	MON	OPTICIEN	800,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	02/02/2024	157,50
Total remboursé											560,00
Total général remboursé											560,00

- 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 الضمان على الأرقام



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

* موافقة مسبقة
Entente préalable *

* تنفيذ
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM : 1.2.01

مرجع رقم (الها)

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (الها)

Nom et prénom : ELASRI SAMIRA

الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 118161716131518131

رقم التسجيل :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1B1K18145181310

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها)

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse :

العنوان : 201 lotissement AL KHODAMA Reme étage Casablanca

Montant des frais :

درهم 5307.00 Dhs

مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes :

٠٦

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

ELASRI SAMIRA

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

١٥٤١٢٨١٢٩٣٦

تاريخ الازدياد :

N° CIN:

1B1K18145181310

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

الجنس :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Casablanca

بـ:

Le : ١٤٣١٢١٢١٢٥٨٤

في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

13/01/2024

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

بـ:

في :

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

Dr. A
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
El Anfa, Etage N° 1 - Casablanca

أشطب المانع المناسب

- * Cocher la mention utile pour chaque case
- ** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص-ب 2186 الدار البيضاء - المغطية - الهاتف: 080 203 3333
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	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	
٢٣/٠١/٢٤	١٢٤	C2 +٦٦٥	٣٦٥ ٨٢٦	Dr. ABDERRAHMANE YAHIA OPHTALMOLOGISTE OPH. AL MANSOUR, Rés. 135 Bd Yacoub El Mansour, Casablanca El Anfa, Etage N° 2 - Casablanca Tél. 02 22 25 12 89	
INPE et code à Barres					
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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
٢٥/٠٢/٢٠٢٤	١٢٤	OPTIQUE	٤٨٠٠	٤٨٠٠	AL FIRDAAOUS VISION Dr. ZIAD DRISI HICHAM Optician Optométriste 228C 30th Avenue, RDC N° 5 Casablanca INPE: 095001889	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

CASA LE 25/01/2024

ALFIRDAOUS VISION

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

FACTURE : N66/2024

NOM : EL ASRI SAMIRA NOMENCLATURES CORRESPONDANTES A LA PRESCRIPTION

OD :31 OG :31

1 MONTURE optique 1	800.00 DH TTC
1 MONTURE optique 2.....	00.00 DHTTC
2 VERRE orma nikon progressif extra brun antireflet	4000.00DH TTC
2VERRE orma	00.00 DH TTC
TOTAL TTC :	4800.00DH

LAPRESENTE FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE :

Quatre mille huit cent DIRHAMS AL FIRDAOUS VISION

ICE : 00223025300090

RC : 428231

INPE : 095001889

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZI EL IDRISI HICHAM
Opticien Optometriste
202 Bd abid ben khalid RDC N° 5 Casablanca
INPE: 095001889

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE**

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME
DIU - Chirurgie réfractive

Ex Médecin a l'hôpital 20 Aout Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le: 13/01/24

El Asli

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

تصحيح النظر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشـب

رخصة السياقة

الدار البيضاء في:

SANIRAT

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 0,75 (-95°, 86°)

OEIL GAUCHE

+ 1 (-05°, 90°)

verre de dioptre à mesurer

ADDITION VISION DE PRES

157,00

Dr. LOUBNA BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Aufal, El Jadida 24000 Casablanca
Tél.: 05 22 95 12 89

+ 2
086

AL FIRDAOUS VISION
EL MIZI EL IRSSI HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen RDC N° 5 Casablanca
INPE: 095001889