

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 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 tous les 6 mois.



COMPLEMENT
Déclaration de Maladie.

M23-0015354

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 702 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : EL MAROURI Niloud

Date de naissance : 51-01-48

Adresse : 51, Rue Hassan II, 20400 CASAB

Tél. : 06621843603 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 :

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 : CA Le : 18/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

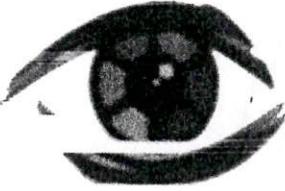
Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

Facture

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
|  | Facture N° : 1968 Date : 04 / 03 / 2024 Client : KOURI KHADIJA | PURE OPTIC Tel: 0669518131 |
|---|--|--------------------------------------|

| VS | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-------|-------|-------|-----|-------|
| VLVPD | +1.75 | -0.50 | 180 | +3.00 |
| VLVPG | +1.75 | -0.50 | 0 | +3.00 |

| N° | Désignation | Qte | PUTTC | MT |
|----|--|-----|---------|---------|
| 1 | ESSILOR VARILUX COMFORT MAX ORMIX 1.6 REGULAR H-MONTAGE 17MM | 1 | 2000.00 | 2000.00 |
| 2 | ESSILOR VARILUX COMFORT MAX ORMIX 1.6 REGULAR H-MONTAGE 17MM | 1 | 2000.00 | 2000.00 |
| 3 | MONTURE | 1 | 600.00 | 600.00 |

| | | | |
|-----------------|---------|--------------------|---------|
| TVA | 20% | Total TVA | 766.67 |
| Total HT | 3833.33 | Net à payer | 4600.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme :

quatre mille six cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC - 0669518131 -
IF: 26112536 - ICE: 002043033000019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

Opticien
Optique Optométriste
Medina Hay Hasseni BOUTIQUE B10
Casablanca - ICE:002043033000019
INPE:095021762

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE 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

الدكتور عبد الحق بوعنابة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاصنال-الليزر-انجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

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

Casablancale 02/03/24 الدار البيضاء في

KOUIRI EP'EL MAROURI Khadija 2485/05

Casablanca, Dr. Ahdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

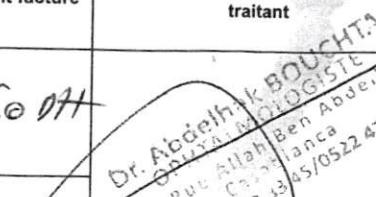
My

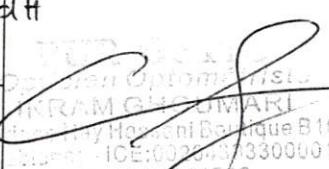
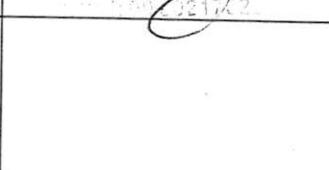
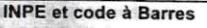
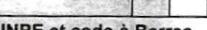
Oeil Droit : (180° -0,50) + 1,75 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (0° -0,50) + 1,75 , Addition + 3,00

Dr. Ahdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage
Casablanca
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Ophtalmologiste
IKRAM GHOUZI
Meriem Hay Hessian MARI
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

| 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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant | |
| 02/03/2011 | | G | 250.00 |  Dr. Abdellah Ben Abdejalil BOUCHTA Ophtalmologist 73, Rue Allah Ben Abdallah F33450 Sfax Tél. : 0522 47 33 45 / 0522 47 14 77 | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| 0810-30-33-1 | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| 11111111111111111111 | | | | | |

| 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 | |
| 4/03/24 | | 2 Verres + Monture | | 46000dt |   | |
| INPE et code à Barres  | | | | | | |
| | | | | | | |
| INPE et code à Barres  | | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire | | | |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
| | | | |



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
RDI : 680-3-06
موقع رقم : 680-3-06

| | | | | | |
|---|------------------------------|---|-------------------------------|------------|-------------|
| | Emis le : Le : 11/03/2024 | CASABLANCA 11/03/2024 | اضغط هنا : بتاريخ : | Page 1 / 1 | الصفحة |
| N° d'inscriptions : Règlements de la période du : 11/03/2024 au : 11/03/2024 | 165014319 | رقم التسجيل النحوات (فترة) من : إلى : | Destinataire KOURI KHADIJA | | المرسل إليه |

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

تجدون أدناه مجمل تعويضات الن惮ن الصحي الإجباري التي
ستقدم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

| رقم التسجيل | تاريخ الدفع | النحوات | نحوات | موقع النحوات | موقع التسوييف | النحوات المرجعية | النحوات | النحوات | النحوات | نسبة التعويض | نسبة التعويض | نحو التعويض |
|--------------------------------|-------------------|---------|----------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|----------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------|
| نحوات الدفع | Date de versée | Actions | Prestations de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff. | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Date d'échéance du paiement | Montant remboursé | |
| KOURI KHADIJA | | | | | | | | | | | | |
| 70899450 | 09/03/2024 | CS | OPHTALMOLOGIE | 250,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 77,00 | 09/03/2024 | 115,50 | |
| 70899450 | 09/03/2024 | MON | OPTICIEN | 600,00 | 225,00 | 1,00 | 1,00 | 225,00 | 70,00 | 09/03/2024 | 157,50 | |
| 70899450 | 09/03/2024 | VER | OPTICIEN | 4000,00 | 225,00 | 1,00 | 1,00 | 225,00 | 70,00 | 09/03/2024 | 157,50 | |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | | 430,50 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | | 430,50 |

- Sauf erreur ou omission

ما دعا 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 service vocal ou message
- ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/

• Ma CNSS •
089 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

شريك من المطورين

وهي زينة مرفقة بالكتاب

للمراجعة 2024

أفضل تطبيقات

أفضل تطبيقات على تطبيقات