

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-812157

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : R. Sanaa, Angle R. Ibnou KALAKI's, 130 Bd. Bourgogne CASA

Tél : 06 05 90 43 20 Total des frais engagés : 386,20 D.H.

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

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

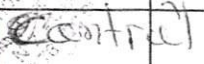
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<u>توقيع و طابع الوكالة</u> Cachet et signature de l'Agence	<u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u> Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _	Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _

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

 الجمهورية الفرنسية RÉPUBLIQUE FRA N C E Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	رجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03
N° Dossier :		6605304320
Partie réservée à l'assuré(e)		صاحب المؤمن له (ها)
Nom et prénom : <u>KSAR MOHAMED</u>		إسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <u>1581681911281</u>		رقم التسجيل :
N° CIN : <u>1_B_994051</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن		
Adresse : <u>R. Sancerre angle T. Benou KALAKIS et Bd. Bourgeois n° 130</u>		العنوان :
Montant des frais : <u>3868</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <u>4</u>		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		صريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins <u>KSAR MOHAMED</u>		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : <u>KSAR MOHAMED</u>		إسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : <u>11/11/1951</u>		تاريخ الميلاد :
N° CIN : <u>1111111111</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : <u>M</u> ذكر F أنثى		الجنس :
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **
Médecin traitant <u>Docteur SABIR MACHA</u> الطبيب المعالج		Etablissement de soins <u>Centre de soins</u> المؤسسة العلاجية
Type de soins <u>Soins de longue durée</u>		نوع العلاجات
Admission ALD * : <u>05 22 27 42 76 - 06 30 05 93 34</u>		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD : <u>1111111111</u>		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : <u>1111111111</u>		رمز المرض المزمن :
Maladie * ☐ مرض Hospitalisation * ☐ استشفاء		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : <u>15/10/2013</u>		ب : <u>15/10/2013</u>
Le : <u>15/10/2013</u>		في : <u>15/10/2013</u>
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

License: 06 75 61 78 03

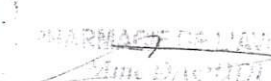
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
15/03/23	EB			 Docteur SABIR Nadia Ophtalmologue 553 Bd. de l'Indépendance - Boulogne Tel: 05 22 27 42 70 - 05 65 55 95 94 Urgence: 06 70 61 70 65	
INPE et code à Barres 010101010101					
INPE et code à Barres 111111111111					

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	
INPE et code à Barres 111111111111						
INPE et code à Barres 111111111111						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 111111111111					
INPE et code à Barres 111111111111					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
15/03/23	386,20	 PHARMACIE DE L'UNITÉ 553 Bd. de l'Indépendance - Boulogne Tel: 05 22 27 42 70 - 05 65 55 95 94 Urgence: 06 70 61 70 65		
INPE et code à Barres 010101010101				
INPE et code à Barres 111111111111				

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

000159689151



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 03/05/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 159689128 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 03/05/2023 : إلى
au : 03/05/2023 : أداءات الفترة

Destinataire
KSAR MOHAMED

Veillez 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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KSAR MOHAMED											
114701958	15/03/2023	PH	PHARMACIES D	386,20	0,00	1.00	4,00	0,00	0,00	03/05/2023	270,34
114701958	15/03/2023	CG	OFFICINES OPHTALMOLOGIE	0,00	0,00	1.00	1,00	0,00	70,00	03/05/2023	0,00
114701957	30/03/2023	PH	PHARMACIES D	383,30	0,00	1.00	13,00	0,00	0,00	03/05/2023	195,30
114701957	30/03/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	03/05/2023	56,00
Total remboursé											521,64
Total général remboursé											521,64

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

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

دار المؤمن - ساحة داكرا - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Docteur SABIR Nadia

Ophthalmologiste



الدكتورة صبير نادية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

15/03/23

Casablanca, Le

Ksar Moham

110,70 x 3



④ x-bom

you sh.
21R

54,10

21 Loma Bal



T = 386,20

you

Docteur SABIR Nadia
Ophthalmologiste
633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne
1^{er} Etage N° 7 - Casablanca
Tel : 05 22 27 42 76 - 06 66 95 93 34
Urgence : 06 70 81 76 03

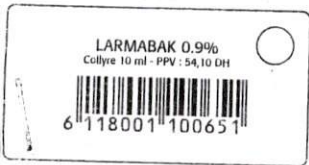
633 شارع كلميمة، حي بوركون، الطابق الأول رقم 7، الدار البيضاء

633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne, 1^{er} Etage N° 7 - Casablanca

Consultation : 05 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabir@gmail.com



Cont de
Bonus de
3 ans



Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologiste
693 Rue Gaudin, Quartier Bourgogne
1^{er} Étage, N°7 - Desablancs - 11
Tel: 05 22 27 42 78 - 06 65 85 93 34
Urgence : 06 70 61 75 05