

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 056126

☒ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7164726 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDELKRIM EL BILAL HADJ

Date de naissance : 28/12/1959

Adresse : 104 Rue Khatun Walidai

Tél. : 0663722706 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 :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, ...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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

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.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier: ١ / ١ / ٢٠١٩</p>	<p>Date d'arrivée: ١ / ١ / ٢٠١٩</p> <p>تاريخ الاستلام: ١ / ١ / ٢٠١٩</p>

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر القانونية.

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

<p>الضمان الاجتماعي الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02</p>
<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>رجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

<p>الاسم العائلي والشخصي : <u>Michele Graana Faltok</u></p> <p>N° Immatriculation : <u>1431111111111111</u></p> <p>N° CIN : <u>1111111111111111</u></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>1111111111111111</u></p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن</p> <p>العنوان : <u>14 rue Ibrahim Nekkache - Maarif</u></p> <p>Montant des frais : <u>170000</u> Dhs</p>	<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p> <p>الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>رقم التسجيل :</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>العنوان :</p> <p>مبلغ المصاريف :</p>
--	---

<p>عدد الوثائق المرفقة :</p> <p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>Date de naissance : <u>1111111111111111</u></p> <p>N° CIN : <u>1111111111111111</u></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>الجنس : * <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>INPE et code à barres : <u>001027201</u></p> <p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>تاريخ الميلاد :</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>الجنس : *</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم التعريف</p> <p>Dr. BENNOUNA Mohamed</p> <p>Ophtalmologiste</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>العيادة</p>
---	---

<p>Type de soins *</p> <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>	<p>نوع العلاجات *</p>
---	-----------------------


<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : <u>1111111111111111</u></p> <p>Le : <u>1111111111111111</u></p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <u>1111111111111111</u></p> <p>Le : <u>1111111111111111</u></p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الضمان الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء - ب. 2186 - الدار البيضاء - الهاتف 080 203 3333

الضمان الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء - ب. 2186 - الدار البيضاء - الهاتف 080 203 3333

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 المديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610.2.06 : REF	
	Référence structurée : 190888273971723	Emis à Casablanca le : 22/08/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 131114143 Règlement du mois : 08/2019 Mode de paiement : Virement	MICALE GIOVANNI BATTISTA 104 BRAHIM NAKHAI CASABLANCA 2037	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعويضة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
MICALE GIOVANNI BATTISTA										
060331429	10/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060331429	10/06/2019	B	BIOLOGIE	1 725,00	1,10	270,00	1,00	1 397,00	70	977,90
060331429	10/06/2019	Z	RADIOLOGIE	600,00	150,00	1,00	2,00	300,00	70	210,00
Total remboursé pour GIOVANNI BATTISTA										1 292,90
MICALE INAS										
060331428	02/07/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060331428	02/07/2019	VER	OPTICIEN	900,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
060331428	02/07/2019	MON	OPTICIEN	500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
Total remboursé pour INAS										420,00
Total général remboursé										1 712,90

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Date : mardi 16 juillet 2019 التاريخ:
Heure : 11 h 43 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

MICALE GIOVANNI BATTISTA
104 BRAHIM NAKHAI
20370
CASABLANCA



N° CNSS	131114143	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité		رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1700 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	2 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MICALE INAS	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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 الو الضمان على الأرقام

الفاكس 05 22 41 80 51	الهاتف 06 08 89 06 16	المدينة CASABLANCA	العنوان Place du temple Immeuble E pres du complexe med v	الوكالة MAARIF
--------------------------	--------------------------	-----------------------	---	-------------------



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0007082

Date : 09/07/2019

Mr : MICHALET MES

Docteur : BENNANNA MAHAMED

Type des Verres : ORGANIQUE / 1.56 BUT
CUT BLUE HMC

Monture : PLASTIQUE 500.00

* Vision de Loin :

OD Axe 11 Cyl +1.50 Sph 11 450.00

OG Axe 11 Cyl +1.50 Sph 11 450.00

* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add :

Montant : 1400.00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : mille quatre

cent cinquante

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211

Dr. Chahidi Naima

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hopitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose



الدكتورة نعيمة شهيدي

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 02/05/19

M. GIOVANNI NICALE

Calcémie

Albumine

260 Hématie

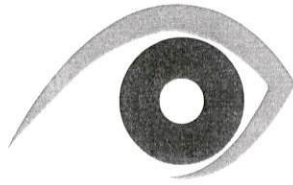
CT 170 / HDL 1 LDL

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue
173, Bd. Yacoub EL Mansour
Espace Andalousse, 1er étage N°6
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء
173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca
Tél: 05 22 95 14 38
E-mail: chahidirhumatologie@gmail.com

Dr Bennouna Mohamed
OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris
Maladies des Yeux
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
إختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين و الجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca le, 02 juillet 2019

Mlle MICALE INES

Monture pour enfant + verres correcteurs
Organiques, Antireflets multi-couches, Filtre anti-
lumière bleue

OD = + 1.50

OG = + 1.50

OPTIQUE MILLE POUR CENT
K. OPTICISTE
OPTOMETRISTE

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 58

En cas d'urgence : 05 22 25 71 71 : الحالات المستعجلة

47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablanca شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 : الهاتف

Fax : 05 22 47 32 60 : الفاكس

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.opht@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85