

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

complémentaire
Prise en charge
Déclaration de Maladie
N° P19- 067230
Aventile: 13/01/2021
Ticked
mali retourne

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249

Société : 54890

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FASSI EL FIRI MOHAMMED

Date de naissance : 08/10/1959

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0679 38219

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 12/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

C. Moh



الضمان الاجتماعي
+alXOst +aleCstt
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

* موافقة مسبقة
Entente préalable *

* تنفيذ
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02 Réf.

Ref. ANAM : 1.2.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **BOUZIANE Badia**

رقم التسجيل : **129 879 030**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B 422 054**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **24 Rue Salanique Casa**

مبلغ المصاريف : **3950 DH** Dhs درهم

عدد الوثائق المرفقة : **3**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **BOUZIANE BADIA**

تاريخ الميلاد : **12/12/1987**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B 422 054**

الجنس : **M** ذكر ☒ أنثى ☐ F

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم / المسمى ** **091114744**

INPE et code à barres ** **091114744**

مédecin traitant **Dr. AR...**

Etablissement de soins **OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA**

Type de soins* **Maladie** ☐ حادثة ☐ Accident ☐ أمومة ☐ Maternité ☐ استشفاء ☐ Hospitalisation

أصحب بمصادقات و صلاحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

فقط : **12/12/2020**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

- * 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

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.

تعليمات يجب إتباعها

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 التعريفة 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 و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux - **phacoémulsification** à ultrasons
Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser
Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Moad Dali Ahmed I.

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بباريس

CASABLANCA LE 10/12/2020

COMPTE RENDU OPERATOIRE DE : BOUZIANE BADIA

INTERVENTION DE : Phaco œil GAUCHE / peribulbaire DR
KASRI ANESTH REA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
DE CASA CHIRURGIEN : DR **MRAD DALI**

Dilatation : Mydriaticum+néosynéphine+ indo collyre :

CATARACTE NUCLEAIRE Perfusion

BSS.BELEPHAROSTAT.Betadine cul de sac.champ opératoire

USAGE UNIQUE Ouverture de la chambre antérieur

progressivement ou couteau 2.2 à 11h,porte de service à

2h30,DUOVISQ dans la CA ,Capsulorhexis à la pince à

Capsulorhexis HYDRODISSECTION

HYDRODELINATION ROTATION DU NX .

Phacoemulsificateur INFINITY, technique DE LA CROIX,

CRACKING et phacoemulsification des cadrons,

ASPIRATION des masses sonde aspirat/irrigation.

Remplissage par du viscoélastique de la CA,Mise en place d'un

implant intrasaculaire pliable ACRYSOFT ALCON SA60AT

OPTIC +9 omm/9.0 mm avec injecteur,lavage du visqueux

canule de charleux+sonde irrig/aspir,infiltration de la PE avec

canule rycroft ;s/conj. ,Sterdex PO

Dr. Moad Dali Ahmed Imad
Ophtalmologiste
Rue de la Liberté, 17
Ben Jidia - Casablanca
Tél: 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux
Laser Angiographie Lentilles de contact
022.25.71.71 / 022.25.11.15

F A C T U R E

N° 2 653 / 2020 du 10/12/2020

Nom patient	BOUZIANE BADIA	Entrée 10/12/2020	Sortie 10/12/2020
Prise en charge	CNSS ..		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		4 500,00	4 500,00
			Sous-Total	4 500,00
Total Frais Clinique				4 500,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. DALI MOURAD (ophtalmologue)	1,00	K130	3 000,00	3 000,00
DR. EL KASSRI MOHAMED ADIL (reanimateur)	1,00	K40	1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	4 000,00
Total prestations externes				4 000,00

Références de la prise en charge		Total général 8 500,00
Immatriculation 129879030	N° prise en charge 998089663	
Affiliation		
Arrêtée la présente facture à la somme de :		Part organisme 4 550,00
HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		Part patient 3 950,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		3 950,00			3 950,00	4 550,00

Ref Chq : BMCE/

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

Reçu de caisse

N° : 2012101050210210 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
4113/20	BOUZIANE BADIA	10/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCE Lui-même	3 950,00
CNSS ..	Total payé	3 950,00
TROIS MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : OCC

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tel.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15



Casablanca, le 02/12/2020 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANC
AD: RUE DES PAPILLONS

20100 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 129879030

Nom et prénom de l'assuré : BOUZIANE BADIA
3701

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame. Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998089663 , reçu le 01/12/2020, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998089663
والذي وافيتمونا به بتاريخ 01/12/2020 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

BOUZIANE BADIA
090004110
4550,00Dhs
du 09/12/2020 au 08/01/2021

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO

S/R:

S/R:

S/R: