

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 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 |

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-767241

Confieur Eposse

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9378	Société : Ran		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Bhouri Rachid
Nom & Prénom : Bhouri Rachid			
Date de naissance : 31/01/66			
Adresse : 134081			
Tél. : 0661357688	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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'adhérent 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 :	Le : 17/10/2021		
Signature de l'adhérent(e) :			

RELEVE 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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

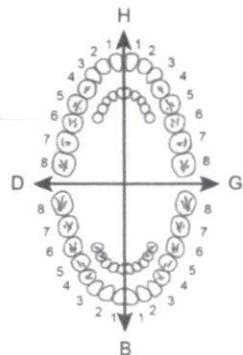
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

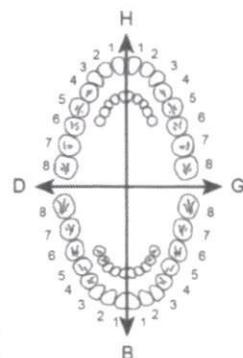
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

de soins par personne et par
les doit être accompagnée de
es justificatives originales
cales, factures,...).

om de la personne soignée
par les praticiens eux mêmes
le soins.

transmises doivent être
les codes à barres des
és.

oins ainsi que les pièces
nt être présentées à la CNSS
s qui suivent le premier acte
a traitement médical continu.
s, le dossier doit être présenté
0) jours qui suivent la fin du

it des frais engagés sera
de la tarification nationale de

is ne peuvent donner lieu au
uite à accord préalable.
ères est disponible auprès de

aux accidents du travail et
nelles ne sont pas couverts.

pable de fraude ou de fausse
btenir des prestations qui ne
possible des sanctions légales

mboursement prise par la
née au respect des conditions
ce qui précède.

توقيع وطابع الوكال
signature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.
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
المشتارة.

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 يوماً) من
انهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

موافقة مسبقة *	<input type="checkbox"/>
تنفيذ *	<input type="checkbox"/>

تنفيذ *	<input type="checkbox"/>
Exécution *	<input type="checkbox"/>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Boudinar Amal

N° Immatriculation : 1103845354

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1BIE16379110

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

Conjoint نوج

Enfant ابن

Adresse : lotissement Florida, Rue 87 n° 220 sidi marmouf casablanca

Montant des frais : 4197,00 Dhs

Nombre de pièces jointes :

3

مبلغ المصارييف :

Déclaration du médecin traitant

Beneficiaire de soins

Nom et prénom : Boudinar Amal

Date de naissance :

N° CIN: 1BIE1637910

Sexe* :

M ذكر

INPE et code à barres **

09-10-2011

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Dr BENINA Mohamed
Ophtalmologue
13 Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 2228796 aug 05 22481358

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

Fait à :

Le : 20/09/2022

توقيع المؤمن له

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

Fait à :

Le : 20/09/2022

Dr BENINA Mohamed
Ophtalmologue
13 Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 2228796 aug 05 22481358

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المسؤول العلاجية

AOUT 2022

INPE et code à Barres

a

3000

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
11 Avenue Hassan II Casablanca
Tél: 05-2491238

INPE et code à Barres

CIM-10

Actes Paramédicaux

عملات المساعدين الطبيين

نوع العمل	رمز العمل	معامل العمل	عدد العمليات	المبلغ المفoter	توقيع وطابع المساعد الطبي
Date des actes	Code des actes	Lettre clé + cotation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
19/09/22				4000,-	S
INPE et code à Barres					Khachane Mounir INPE: 095018438
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INPE et code à Barres

1111111111

INPE et code à Barres

1111111111

ي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	صيغة أو صورة التجهيزات الطبية Signature et Cachet du PI Fournisseurs des dispos
30/08/2022	129.00	
INPE et code à Barres		0920338
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prb



Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 :

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO

Référence structurée : 220921854113566

Emis à Casablanca le : 0

Page : 1

Identifiant de la famille : fi

BOUDINAR AMAL
HY CHRIFA RUE 1 N 89 APT 5
CASABLANCA 2058N° d'immatriculation : 103845354
Règlement du mois : 09/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
BOUDINAR AMAL										
094135209	30/08/2022	CS	MR BENNOUNA MOHAMED	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
094135209	30/08/2022	VER	MR KHACHAN MOUNIR	3 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
094135209	30/08/2022	MON	MR KHACHAN MOUNIR	1 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
094135209	30/08/2022	PHN	PHARMACIE IBN TAIMIA	179,00	80,00	1,00	1,00	80,00	00	0,00
Total remboursé pour AMAL										420,00
Total général remboursé										420,00

Sauf erreur ou omission



BOUDINAR AMAL

FACTURE N° 8587/2022 **DU 19/09/2022**

DESIGNATION	QTE	MONTANT
MONTURE OPTIQUE	1	1000
VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS PROGRESSIFS	2	3000
OD -0.5		
OG -0.5		
ADD +2.00		
		4000

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE MILLE DIRHAMS.

X-optic : 6, Bd. Aboubakr El Kadiri, (Rond Point Al Moustakbal), Sidi Maarouf, Casablanca, Maroc
Fixe : 05 22 78 01 01 - Mobile : 06 60 13 49 55
INPE : 095018438 - IF : 15182364 - RC : 308097 - ICE : 000011825000040 TP : 24000455

Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

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
اختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين والجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 30 août 2022

Mme BOUDINAR AMAL

**Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue**

VL : OD = - 0.50

OG = - 0.50

VP : ODG = Add : + 2.00

*X OPTIC S.A.R.L
OPTICIEN OPTOMETRIST
3d. Abou Béchir El Moudid, Rés. Bachko
Imm. 37 - D.C. Magasin 7
Casablanca
Sidi Maâdi - 20101
Tél. 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 58*

*47, Avenue Hassan II - Casablanca
Drs BENNOUINA Mohamed
Ophtalmologiste*

En cas d'urgence : 05 22 25 71 71

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 - اهاتف : 05 22 47 32 60 - Fax : 05 22 48 13 58

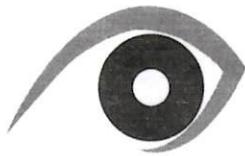
TRAM : Station Place Méd V

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

Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

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 والجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 30 août 2022

Mme BOUDINAR AMAL

20.00x4

1/ CORRECTOL: collyre [Qte : 4]

2 gouttes 2 fois / jour; en début de matinée & en 18h),

voire plus si fatigue visuelle, tous les jours, aux 2 mois

29.00

2/ RELAXIUM B6/ 375 mg [Qte : 2]

1 Gélule/ jour, le soir au coucher, pendant



779.00

En cas d'urgence : 05 22 25 71 71

47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablanca - الدار البيضاء

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

TRAM : Station Place Med V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM :

