

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Ram

Matricule : 9378 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rachid

Nom & Prénom : Bhouri

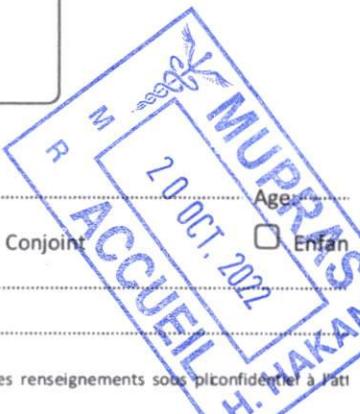
Date de naissance : 31 01 66

Adresse : 134081

Tél. : 0661357688 Total des frais engagés : 134081

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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'att. 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 : Ram Le : 17 10 12

Signature de l'adhérent(e) : Ram

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

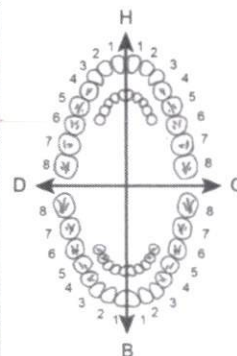
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

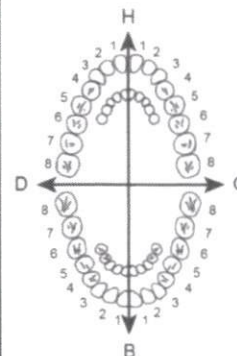
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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'EXECUTION



de soins par personne et par  
is 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  
suite à accord préalable.  
ères est disponible auprès de  
.

ux accidents du travail et  
nelles ne sont pas couverts.

pable de fraude ou de fausse  
obtenir des prestations qui ne  
passible des sanctions légales

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

توقيع وطابع الوكالة  
signature de l'Agence

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 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 للمساطر القانونية.

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	رج. ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **Boudinar Amal**

رقم التسجيل : **1103845354**

قم بطاقة التعريف الوطنية : **110116379**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **Lotissement Florida, Rue 87 n° 220 sidi yacoub casablanca**

Montant des frais : **4197,00 Dhs**

عدد الوثائق المرفقة : **3**

Declaration du médecin traitant

Beneficiaire de soins

Nom et prénom : **Boudinar Amal**

Date de naissance : **12/02/1973**

N° CIN : **110116379**

Sexe : **M** ذكر ☐ أنثى ☐

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

Establishement de soins

Type de soins\*

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☐ Maladie ☐ مرض ☐

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

Fait à : **20/09/2022**

Le : **20/09/2022**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **20/09/2022**

Le : **20/09/2022**

AOÛT 2022

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres


INPE et code à Barres

Dr. BENNOUNA Mohamed  
Ophtalmologiste  
75 Avenue Hassan II Casablanca  
Tél: 05 22 48 13 58

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
19/09/22				4000	
INPE et code à Barres					
<b>Khachane Mounir</b> <b>INPE: 095018438</b>					
INPE et code à Barres					


CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

يتم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع ومسند التجهيزات Signature et Cachet du PI Fournisseur des diapos
30/08/2022	179,00	
INPE et code à Barres		
0920333		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix



# RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO



Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : 1

Référence structurée : 220921854113566

Emis à Casablanca le : 0

Page : 1

Identifiant de la famille 1

BOUDINAR AMAL  
HY CHRIFA RUE 1 N 89 APT 5  
CASABLANCA 2058

N° 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

**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 - TD : 31000157

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 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

XOPTIC S.A.R.L.  
OPTICISTE OPTOMETRIST  
3d. Abou Bakr, Rés. Boucha  
Imm. 37, C. Magasin 7  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél. 05 22 22 87 96

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

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<sup>ed</sup> V

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



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 والجفن  
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 30 août 2022

Mme BOUDINAR AMAL

20.00 x 4

**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, pen

29.00

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 - Fax :

TRAM : Station Place M<sup>ed</sup> V

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

LOT: 220389  
DLUO: 05/2025  
99,00DH  
Deva Pharmaceutique

LOT 220389  
EXP 03 2025  
PPV 20 2025

LOT 220389  
EXP 03 2025  
PPV 20 2025

LOT 220389  
EXP 03 2025  
PPV 20 2025

LOT 220389  
EXP 03 2025  
PPV 20 2025

Précautions d'emploi

En cas de traitement concomitant  
espacer de 5 minutes les instillations.  
En cas de doute ne pas hésiter à consulter  
votre médecin ou de votre pharmacien.  
Autres médicaments et produits  
CENT, collyre  
L'efficacité d'un collyre peut être diminuée  
simultanément d'un autre collyre.  
d'attendre 5 minutes avant de passer à un autre  
informez votre médecin ou pharmacien si vous  
avez récemment utilisé ou pourriez utiliser un  
médicament.