

# 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.

**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

157578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6624 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Naziane Khadidja

Date de naissance : 15/6/01

Adresse : 57 Rue de Rome Casablanca

Tél. : 06 61 99 33 61 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....



#### **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

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE 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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circle divided into eight equal segments, each containing a number from 1 to 8. The numbers are arranged as follows: top segment (clockwise direction): 1, 2, 3, 4; middle-left segment: 5, 6, 7, 8; bottom segment: 8, 7, 6, 5; bottom-right segment: 4, 3, 2, 1. Arrows at the top and bottom indicate a clockwise cycle. A vertical arrow at the center points upwards, labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom.

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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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 :

صفحة

Page 1 /1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 193198317 رقم التسجيل  
Règlements de la période  
du : 07/04/2023 : من  
au : 07/04/2023 : إلى

**Destinataire**

MANSOURI HASSAN

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنويات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>MANSOURI HASSAN</b>											
116961638	13/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES	104,00	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	07/04/2023	68,25
116961638	13/03/2023	B		350,00	352,00	320,00	1,00	352,00	70,00	07/04/2023	245,00
116961638	13/03/2023	C		120,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	07/04/2023	56,00
116961638	13/03/2023	BDLA		475,00	300,00	1,00	5,00	1500,00	70,00	07/04/2023	332,50
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					
<b>701,75</b>											

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 بالمحبيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال الو فضمان على الأرقام

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
13/03/23	C		12000		
15/03/23	C		G		
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicaux
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
14/03/23			35000	Dr BOUAFYEB KHAIR HOUAD Dr BOUAFYEB KHAIR HOUAD Tél: 05 22 95 62 44 Mobile: 05 22 95 62 44	
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres					1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة					Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux			
15/03/23	1061-	2			
INPE et code à Barres					475,00
INPE et code à Barres					

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



# harmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHLOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salonique ( Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20230321-109

Date de vente : 15/03/2023

Médecin traitant :

MANSOURI HASSAN

CASABLANCA, Maroc

Produit	Quantité	Prix	TVA	Total
ON CALL PLUS BANDELETTE B25	5	95,00	TVA (20.00%)	475,00

# harmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHLOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salonique ( Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20230321-103

Date de vente : 15/03/2023

Médecin traitant :

MANSOURI HASSAN

CASABLANCA, Maroc

Produit	Quantité	Prix	TVA	Total
ON CALL PLUS BANDELETTE B25	5	95,00	TVA (20.00%)	475,00

Laboratoire d'Analyses Médicales Labonil  
Dr Houda BOUTAYEB KHAIR  
Médecin Biologiste



مختبر النيل للتحاليل الطبية  
الدكتورة هدى بو طيب مخبر  
طبية احصائية في التحاليل الطبية

FACTURE N° : 230001916

Casablanca le 14-03-2023

Code INPE : 093061141



Mr Hassan MANSOURI

Demande N° 2303140100

Date de l'examen : 14-03-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL calculé	B50	B
	Triglycérides	B60	B
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 320

Total des E : 0.00

TOTAL DOSSIER : 350.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirhams

**LABONIL**  
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA  
Médecin Biologiste  
438, Bd 6 Novembre C1) Casablanca  
Tél. 05 22 55 69 49 / 50

## **Docteur Driss ABDELKARIM**

الدكتور أديس عبد الكرييم

Médecine Générale  
Ex. médecin Militaire  
Diplômé en Echographie  
Membre de l'Association Marocaine  
des Echographistes

الطب العام  
طبيب عسكري سابقاً  
دبلوم في الفحص بالصدى  
عضو في الجمعية المغربية  
للفحص بالصدى

الدار البيضاء، في ..... Casablanca, le ..... ٢٥/١٠/١٩٦٤

Manuscript - Hitzen  
 1. Segments (analogous) (sub)

شارع بوشعيب الدكالي، عين الشفاء 2، زنقة 40 رقم 51 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.28.44.25  
Bd. Bouchaib Doukali, Ain chifa 2, Rue 40 N° 51 - Casablanca - Tél. : 05.22.28.44.25  
E-mail : tafraouti@gmail.com

Docteur Driss ELKARIM

الدكتور دريس عبد الكريم

Médecine Générale  
Ex. médecin Militaire  
Diplômé en Echographie  
Membre de l'Association Marocaine  
des Echographistes

الطب العام  
طبيب عسكري سابق  
دبلوم في الفحص بالصدى  
عضو في الجمعية المغربية  
للفحص بالصدى

Casablanca, le ..... 13/03/23 ..... الدار البيضاء، في

MANSOURI - HASSAN

H Ab Djy

4) CT + MRI + LP

3) English

4) Audiogram

Laboratoire de Diagnostique

Mr MANSOURI Hassan  
06-05-1956 M



ORDO

شارع بوشعيب الدكالي، عين الشفاء 2، زنقة 40 رقم 51 - الدار البيضاء - الهاتف :

05.22.28.44.25 Bd. Bouchaib Doukali, Aïn chifa 2, Rue 40 N° 51 - Casablanca - Tél. : 05.22.28.44.25

E-mail : tafraouti@gmail.com

Dr ABDELLAH DRISSE  
Médecin généraliste  
Spécialisé en échographie  
Rétrograde