

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0018358

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 685 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Ben Moussa Azzedine  
Date de naissance : 17/06/13  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Ben Moussa Azzedine 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

### 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 :

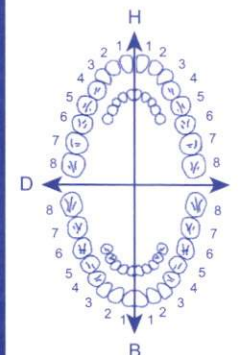
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

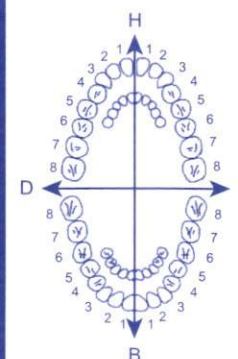
MONTANTS  
DES SOINS

#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



06.14-51.04-14.

## 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 المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 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 وكل ماسبق ذكره.

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf : ANAH 1.2.02.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03	

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له ( لها )

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : <b>MR. BENMOUSSA AZZEDDINE</b>	رقم التسجيل : N° Immatriculation : <b>289898910</b>
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : <b>B. 421456</b>	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> <b>Meume</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>
العنوان : Adresse : <b>Ed Abdelhak Bouatah - Ex Rte d'Aggouar - Villa No 6 - H. H. CASA.</b>	
مبلغ المصاريف : Montant des frais : <b>12.000,00 Dhs.</b>	عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : <b>3</b>

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du Médecin traitant	المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins
الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : <b>MR. Benmoussa Azzeddine</b>	تاريخ الميلاد : Date de naissance : <b>01/03/1989</b>
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : <b>B. 421456</b>	الجنس : Sexe : <b>M</b>
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك ** INPE et code à barres : <b>091121657</b>	
الطبيب المعالج Médecin traitant	المؤسسة العلاجية Etablissement de soins

نوع العلاجات Type de soins	قبول المرض المزمن : Admission ALD : <b>Oui</b>
رقم ملف المرض المزمن : N° dossier ALD : <b>24/01/25</b>	رمز المرض المزمن : Code ALD : <b>Maladie*</b>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استفتاء* <input type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : _____ Le : _____	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : _____ Le : _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
 Réservé à la DAMO

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Date des actes	Code des actes	Cotation NGAP	
24/01/2023	Voir la facture	12.000	
INPE et code à Barres			
INPE et code à Barres			

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	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INPE et

INPE et


Descri

INPE

INPE

Pres

000189828968

 الجمهورية المغربية Kingdom of Morocco	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf : 030-2-06
	Ville : CASABLANCA Date : 24/02/2023	Page : 1 / 1 الصفحة : 1
N° d'assurance : 189828910 Rglements de la période : Du : 23/02/2023 Au : 23/02/2023	Destinataire : BENMOUSSA AZZEDINE تاريخ التسجيل : تاريخ الفقرة :	رقم الوثيقة : تاريخ الإصدار :

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

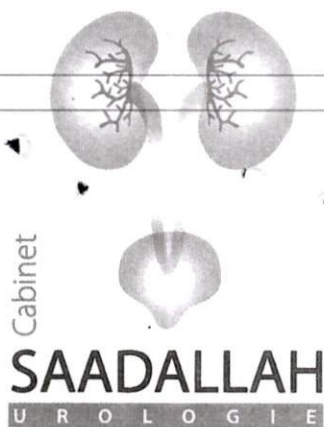
تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفادتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	الحرف	نوع الخدمة	مبلغ التعويض	التاريخ المرجع	العدد	النسبة	النسبة	مبلغ التعويض	تاريخ الإصدار	تاريخ الإصدار	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de sortie	Actes	Prestations de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Taux de remboursement	Taux de remboursement	Date d'envoi du paiement	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENMOUSSA AZZEDINE												
81072871	24/01/2023	A803	URCLOGIE	6000.00	1000.00	1.00	1.00	1000.00	16.66	23/02/2023		899.99
81072871	24/01/2023	K101	URCLOGIE	6000.00	1000.00	1.00	1.00	1000.00	16.66	23/02/2023		899.99
Total remboursé												1799.98
Total général remboursé												1799.98

- Sauf erreur ou omission

ما هذا خطأ أو omission





Chirurgie et endoscopie des reins et des voies génito-urinaires,  
Coelioscope urologique • Echographie urologique,  
Lithotriptie extracorporelle • Stérilité masculine,  
Impuissance sexuelle • M.S.T. • Circoncision • Enuresie de l'enfant

**Dr. Saadallah Khalid**  
Chirurgien • Urologue

## FACTUR

NOM /PRENOM :	BENMOUSSA AZEDDINE			
LE 24/01/2023				
PRESTATION		UNITAIRE	TOTAL	
URETROTOMIE +CYSTOSCOPIE		1	12,000DH	
		<b>TOTAL</b>	<b>12.000DH</b>	

**Dr. SAADALLAH Khalid**  
Chirurgien Urologue  
101 Angle Bd Abdelmoumen  
& Bd Anoual CASABLANCA  
Tél : 05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

**URGENCES : 06 62 33 64 36**

Immeuble Abdelmoumen Center, 24 angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1er étage,  
N°101, Casablanca. • Tél. : 05 22 86 33 99 • Fax : 05 22 86 59 91 • E-mail : saadallahkhalid@yahoo.fr

**Dr. SAADALLAH Khalid**  
Chirurgien urologue

Cœliochirurgie urologique  
Chirurgie urologique adulte et enfant  
Cancérologie urologique  
Chirurgie de l'incontinence urinaire  
Traitement de la prostate par laser Green Light  
Traitement des calculs urinaires au laser Holmium  
Enurésie chez l'enfant  
Circoncision masculine - AMP  
Impuissance sexuelle  
Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

الدكتور سعد الله خالد

جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية  
عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلي  
فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار  
لل كبار والأطفال  
تفتيت حصى الكلي والمسالك البولية  
بأشعة الميوزيم ليزر  
جراحة البروستات بأشعة غرين لايت  
علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال  
علاج الأمراض التناسلية  
علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال  
جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le : 24.01.2023  
3

Dg.

Hématurie persistante caillottante  
chez — patient opéré pour  
Tumeur de la voie excrétrice gche.  
(Nephro-urectomie gche) +  
sténose de l'uretère

général

diagnostic + cystoscopie  
de contrôle sans A/G.

Dr. SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101, Angle Bd Abdelmoumen  
& Bd Anoual - CASABLANCA  
Tél : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91