

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-764755

175931

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4430 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Décédé

Nom & Prénom : feu EL Ward Labrakine

Date de naissance :

Adresse : 100 Angle rue Mohamed EL Haddadi

Des - le peul App38 Etp Bougagne CAST

Tél : 0667772339 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 : CASABLANCA Le : 20/09/2023

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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

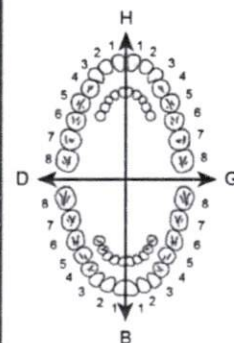
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

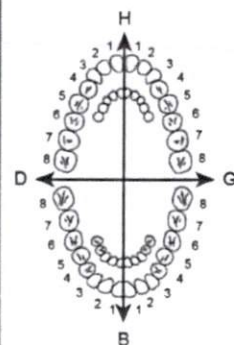
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Docteur Marrakchi Chakib  
Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Laser - Angiographie - Lentilles de contact  
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شاكيب المراكشي  
اختصاصي  
في أمراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بـتونس فرنسا

CASABLANCA, le : 10 JUL 2023

GHAMRAOUI SANAA

Monture + V. Correcteur  
Lunettes - filtre bleu 4-AR  
Photogris

V. long :  
OD = +1,25 (100° - 0,25)  
OG = +1,25 (25° - 0,25)

V. P = A + 2

L'OBJETIF OPTIQUE TAZI  
TAZI. Douala  
Opticienne Optométriste  
Rue Tamarouli Bourgoine - Casablanca  
ICE: 00024532500084  
15:1579371 - TP: 3391370

320, Boulevard ZERKTOUNI, 1er ET, CASABLANCA  
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60  
Mail: cmarrakchi1@gmail.com

~~57,90~~ Allergo Comod



1. He 3 ou plus par  
20,00 jours -> tout left  
- Corrector

Dr CHABOT  
OPHTALMOLOGUE  
Maladies et Chirurgie des yeux  
320, bd Zerktouni - Casablanca  
Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60



1/ He x3 /  
-> tout left

77,90

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJADA  
34, Rue Mohammed V - Bourgogne  
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca



 Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02 Réf.
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution
N° Dossier : <span style="float: right;">0667772339</span>		
Partie réservée à l'assuré(e) <span style="float: right;">خاص بالمؤمن له (لها)</span>		
Nom et prénom : <u>Sanaa Chamaroui</u> : الإسم العائلي والشخصي :		
N° Immatriculation : <u>1152991501</u> : رقم التسجيل :		
N° CIN : <u>G276269</u> : رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)		
Adresse : <u>100, Angèle rue Mohamed EL Haddoui</u> : العنوان : <u>Res. Pappe Elgt App 38 Bourgogne</u>		
Montant des frais : <u>درهم</u> : مبلغ المصاريف :		
Nombre de pièces jointes : <u>02</u> : عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom : <u>SHAMRAOUI SANA</u> : الإسم العائلي والشخصي :		
Date de naissance : <u>11/11/1982</u> : تاريخ الميلاد :		
N° CIN : <u>G276269</u> : رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe : <u>M</u> : الجنس :		
INPE et code à Barres : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر		
Médecin traitant : الطبيب المعالج		
Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية		
Type de soins : نوع العلاجات		
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
Fait à : <u>CASA</u> : ب : Le : <u>18/07/2023</u> : في :		
Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه		
Fait à : <u>Casa</u> : ب : Le : <u>18/07/2023</u> : في :		
Caching and Signature of the treating physician : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : ختم وتوقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		

10 JUL 2023

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		
18/07/2023	1 Manœuvre + 2 Veu's Progn AR			\$26,000	<p><b>L'OJECTIF OPTIQUE TAZI</b></p> <p>TAZI D.S. 99999</p> <p>Cosablanca</p> <p>7, Rue ... 00000</p> <p>RG:11332-11152/3571-TP:35691378</p>		
INPE et code à Barres							
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		INPE:095012290					
INPE et code à Barres							
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

[illegible]

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

**PHARMACIE DES ENFANTS**  
Dr. Bouhadi Nadia  
34, Rue Ibnou Jahil - Bourgogne  
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total





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

Emis à : CASABLANCA  
Le : 24/07/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 115209150

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 24/07/2023 : من  
au : 24/07/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

GHAMRAOUI SANAA

Veillez 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  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHAMRAOUI SANAA											
114713889	10/07/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	90,00	24/07/2023	135,00
114713889	10/07/2023	MON	OPTICIEN	1200,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	24/07/2023	157,50
114713889	10/07/2023	PH	PHARMACIES D	77,90	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	24/07/2023	0,00
114713889	10/07/2023	VER	OFFICINES OPTICIEN	1400,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	24/07/2023	157,50
Total remboursé											450,00
Total général remboursé											450,00

- 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 بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

# L'OBJECTIF

OPTIQUE TAZI

17 RUE TAMARAOUFT  
BOURGOGNE  
20000 Casablanca

Téléphone : 0522 49 06 07

Email :

GHAMRAOUI SANAA

## FACTURE

Facture N°	DATE	Code Client
FA01262	18/07/23	34211277

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Montant
ND063228	VERRE ORG PROGRESSIF AR UV 1.6 OD: +1.25(-0.25 à 100°)	1,00	1 200,01	1 200,01
ND063228	VERRE ORG PROGRESSIF AR UV 1.6 OG: +1.25( 0.25 à 25°)	1,00	700,00	700,00
	ADD: +2.00	1,00	700,00	700,00

L'OBJECTIF OPTIQUE TAZI  
Opticien Optométriste  
17, Rue Tamaraouft - Casablanca  
RC:419832 - IF:15278471 - TEL: 0522 49 06 07

Total TTC	Acompte	NET A PAYER
2 600,00	0,00	2 600,00

Arrêter la présente facture ( en TTC ) à :  
Deux mille six cents Dirhams