

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2876 Société : RA 7

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LATLOU SOUT D

Date de naissance : 18.06.59

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 6011,60 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 - RADIGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G			
D	00000000 00000000 35533411 11433553	B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DEBUT D'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				FIN D'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

000199709996



**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**

**المُرسل إليه**

N° d'immatriculation **199709910**      رقم التسجيل **أداءات الفترة**  
**Règlements de la période**  
 du : **05/01/2024** : من **إلي**  
 au : **05/01/2024** : إلى

**Destinataire**

**JAIIDI MOURAD**

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.**

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	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>JAIIDI MOURAD</b>											
114696960	02/10/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES Clinique Privée	211,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	05/01/2024	190,44
114696960	02/10/2023	AMK	Clinique Privée	5500,00	50,00	1,00	20,00	1000,00	90,00	05/01/2024	900,00
114696960	02/10/2023	CS	Clinique Privée	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	90,00	05/01/2024	135,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</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 الزيارة الإلكترونية للمؤسسة لهم

أو تطبيق الهاتف

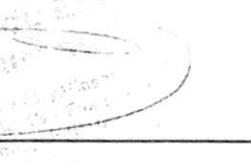
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



### Description des actes effectués

صفحة العمليات المحاسبة

نوع العملية / Code des actes	رمز العملية / Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Gachet du Médecin traitant
19/09/2023		C	500,00 DA	
19/10/2023	Vien facture		5500,00 DA	

CIM-10

**ctes Paramédicaux**

الطبعة المساعدة: عمالات

تاریخ 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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
<b>PE et code à Barres</b> _____					
<b>PE et code à Barres</b> _____					

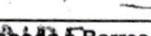
Actes de Biologie, Radiologie Et Imagerie

بيان، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes			*معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوترة Montant facturé	طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet d ou Biologis
INPE et code à Barres  _  _  _  _  _  _  _  _						
INPE et code à Barres  _  _  _  _  _  _  _  _						

تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
positifs médicaux fournis

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	بيانات الموردين Signature et Cachet du Fournisseurs des dispositifs
29/09/23	21160	
INPE et code à Barres  092039189		
INPE et code à Barres  1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Pr

(4) Dant  $\rightarrow$  *Hirsulina*: *Quadriceps* +

*Poss*, *Hoyer Regier* ++, *I.J.*, *Rehurs* ++

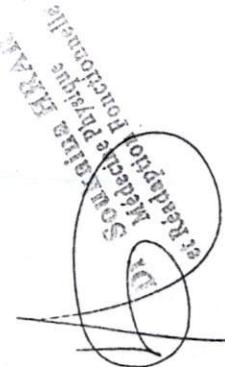
(5) Correlation du squelette à l'osseux  
dissociation des centres  
de ossification +  
perfusion.

(6) Exercice d'abst. Radiographie

(7) *Poplitea opaca*

$\Delta/\Delta$  /  $\Delta$

35/5





M<sup>me</sup> Jaidi Houd

Casablanca, le..... 29/09/2023

Hémipéjic <sup>tr</sup> sur AUCI  
Casablanca <sup>ne</sup>

## Programme de Rééducation

- ① physiothérapie Au mal fixe Epaulé  
+ poi ↓ ↓
- ② Mobilisation douce de l'épaule en infradouloreux + gain des Amphières articulaires
- ③ étirants des muscles spastiques Fléchisseurs, Rond pronateur, Biceps

PPV: 105.80 DH  
Bouteille de 50 comprimés  
○ LIORESAL® 10 mg  
6 118001 030231  


PPV: 105.80 DH  
Bouteille de 50 comprimés  
○ LIORESAL® 10 mg  
6 118001 030231  




Casablanca, le 29/09/2023

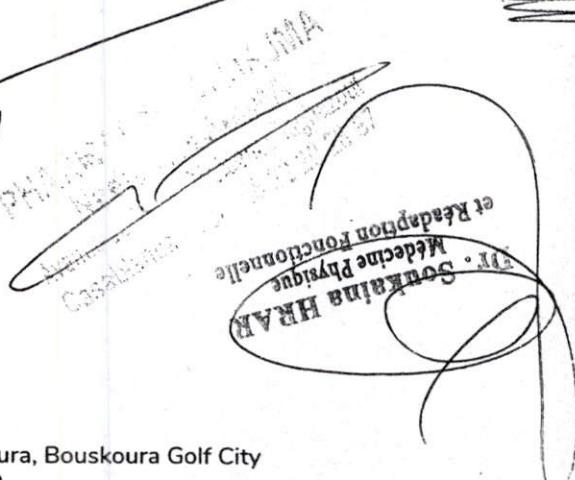
M. Jaidi Norad

① Biogard

(N° 58) - 0 - 1      pot 5 jrs.  
                  1 - 0 - 1      pot 5 jrs  
                  1 - 1 - 1      pot 7 mois

② Attelle 2es Relevirs Hydrogels

21/6/0



# CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 29-09-2023

## Facture N° 04083/23

### A. Identification

N° Dossier : CBB23I29121624 N° Identifiant : 002053/23

**Nom & Prénom : M. JAIDI MOURAD**

C.I.N : J41910

Adresse : N 10 RUE ABOU EL WAQT BOURGOGNE

Médecin traitant : DR. SOUKAINA HRAR

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

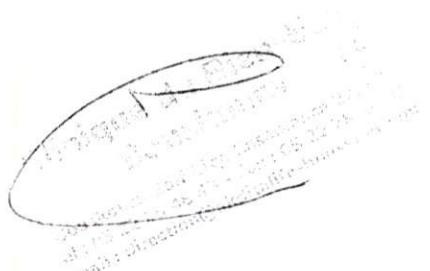
Date Entrée : 29-09-2023

Date Sortie : 29-09-2023

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
						Total Rubrique : 300,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b> 300,00
TROIS CENTS DIRHAMS						

signature de l'assuré



# CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 29-11-2023

## Facture N° 04087/23

### A. Identification

N° Dossier : CBB23J02121931 N° Identifiant : 002053/23  
**Nom & Prénom :** M. JAIDI MOURAD  
C.I.N : J41910  
Adresse : N 10 RUE ABOU EL WAQT BOURGOGNE

### C. Débiteur

\* page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-10-2023

Date Sortie : 29-11-2023

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même  
Nom prénom :

Traitements : kinesithérapie

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>KINESITHERAPIE</b>						
1	KINESITHERAPIE (CENTRE)		5 500,00			5 500,00
Total Rubrique : 5 500,00						
<b>PARTIE CLINIQUE : 5 500,00</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de : <b>TOTAL GENERAL 5 500,00</b>						

CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT CNSS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré