

## 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

M23-0023270

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12938 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Bench Kraou Kamel  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 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 ☐ 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](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.

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](http://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
21.02.26	visuel		2400,00	

### 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

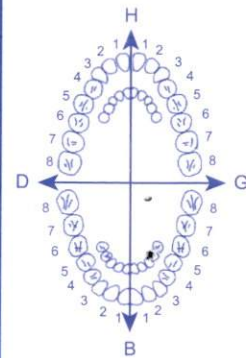
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

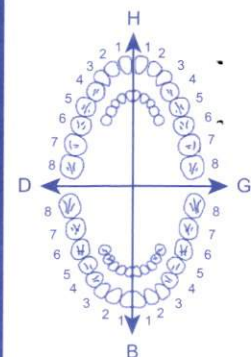
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

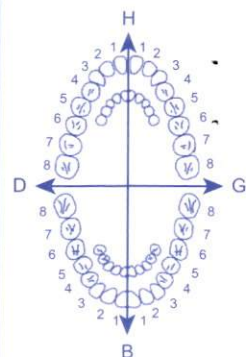
### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca 21/02/24 ..... الدار البيضاء في

pli conf. Serbie

M. TAZISADEK NIAAL

Césarienne par utérus  
cicatriciel

~~Dr. TAZISADEK NIAAL~~  
~~Spécialiste en Gynécologie - Accouchements~~  
~~14, Rue du Marché - Madrif~~  
~~Tel: 23.55.70 CASAB~~



Organisme de PEC : CNSS  
NOM DU PATIENT : Mme TAZI SADEQ Nihal  
SEJOUR : Du 21/02/2024 au 24/02/2024

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400150  
Du : 24/02/2024

Montant ticket modérateur (dhs): 2 400,00

Arrêt la présente à la somme de DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Signature de l'adhérent





CONVENTION : CNSS

NOM DU PATIENT : Mme TAZI SADEQ Nihal

SEJOUR : Du 21/02/2024 au 24/02/2024

NOM ADHERENT : TAZI SADEQ Nihal

MATRICULE : 157425293

REF. PEC : 880490395

COTATION : 5 600,00



INPE 090003302

## FACTURE

202400150

Du : 24/02/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CES	CESARIENNE	1	Kc100	8 000,00	8 000,00
				Total Facture	8 000,00
				Part organisme	5 600,00
				Part adhérent	2 400,00

Arretée à la somme de HUIT MILLE DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres







Casablanca, le 13/02/2024 الدار البيضاء، في

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE L HERMITAGE  
D ANOUAL ANGLE RUE DE LA 20000  
CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation : 157425293  
Nom et prénom de l'assuré : TAZI SADEQ NIHAL  
Nom et Prénom du bénéficiaire : TAZI SADEQ NIHAL  
Utilisateur : R8491

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro  
880490395 reçu le 13/02/2024 nous vous faisons  
part de notre accord concernant :

جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل برقم 880490395 والذي  
وافيتمونا به بتاريخ 2024/02/13 نطلعكم على موافقتنا  
بخصوص :

Le bénéficiaire	TAZI SADEQ NIHAL
L'établissement	090003302
Le montant accordé	5600,00 DH
La validité de prise en charge	du 13/02/2024 au 13/03/2024

المستفيد

المبلغ المعوض  
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre  
demande de remboursement à déposer dans un  
délai n'excédant pas 90 jours à compter de la  
date de sortie du patient de votre établissement  
et ce, pour vous permettre de bénéficier du  
règlement des frais d'hospitalisation selon les  
conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب  
إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج  
المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من  
استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية  
التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non  
réalisation des soins dans les délais sus  
mentionnés rend la présente attestation sans  
effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجل  
المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression  
de nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- S/R: Acte de naissance
- S/R: Compte rendu opératoire

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge