

# 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.

## Diagnostique 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0003861

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SHAM, Fatima  
Date de naissance : 01.07.58  
Adresse : R. Samia, Bd. Boujaye N° 130. Casablanca  
Tél. : 2605904320 Total des frais engagés : 1343,40 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 :  
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 : 15/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



l'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

<p><u>توقيع و طابع الوكالة</u></p> <p><b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p><u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u></p> <p><b>Réservé à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>تاريخ الإيداع :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>	<p>Date d'arrivée :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p> <p>تاريخ الإستلام :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

 <p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">موافقة مسبقة Entente préalable *</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">تنفيذ Exécution *</div> </div>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجع رقم 1-03-610 : Réf.</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p><b>Partie réservée à l'assuré(e)</b></p>		
<p> Nom et prénom : <u>KSAR Mohamed</u> : الاسم العائلي والشخصي :  N° Immatriculation : <u>139689188</u> : رقم التسجيل :  N° CIN : <u>B99495</u> : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :  Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن  Adresse : <u>R. SANAA, Bd. Bourgogne N° 130 CASBA</u> : العنوان :  Montant des frais : <u>1343.40 Dhs.</u> : المصاريف :  Nombre de pièces jointes : <u>1</u> : عدد الوثائق المرفقة : </p>		
<p><b>Déclaration du Médecin traitant</b></p>		
<p> Bénéficiaire de soins : <u>KSAR Mohamed</u> : المستفيد من العلاجات :  Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :  Date de naissance : <u>10/10/1952</u> : تاريخ الميلاد :  N° CIN : <u>B99495</u> : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر      <input type="checkbox"/> أنثى : الجنس :  INPE et code à barres ** : رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر ** : </p>		
<p>Médecin traitant : <u>Dr. HAMDANI</u> : الطبيب المعالج :</p>	<p>Etablissement de soins : : المؤسسة العلاجية :</p>	
<p><b>Type de soins</b></p>		
<p> Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non : قبول العرض المزمن * :  N° dossier ALD : : رقم ملف المرض المزمن :  Code ALD : : رمز المرض المزمن :  Maladie * <input type="checkbox"/> مرض      Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء </p>		
<p> 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>10/12/2019</u> : في :  Signature de l'assuré (e) : توقيع المؤمن له : </p>		
<p> Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  Fait à : <u>Casa</u> : ب :  Le : <u>10/12/2019</u> : في :  Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : توقيع وطباعة الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :  : Psychiatre - Psychologue </p>		

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code d'habitat

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - ب. 2186

الكويت - مدينة الكويت - الدار البيضاء ق. ب. 2186 Casa Gare Tâlabondj 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Tâlabondj 080 203 3333





**Dr. Mustapha AITELHAJ**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
طبيب و معالج نفسي  
Tél : 06 53 92 65 45

Casablanca, le 30/12/2020

**ORDONNANCE**

Nom et Prénom : KSAR Mohamed Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

- 1) Dépakine 500 - 157,30  
1/2 cp / 5 pdt + 70 J pur  
78,60
- 2) Lamictal 200 - 239,-  
1/2 cp / 5 pdt + 70 J pur  
78,60
- 3) Lamictal 100 - 239,-  
1/2 cp / 5 pdt + 70 J pur  
78,60
- 4) Aripiphi 5 - 205,-  
1 cp / 5 J pur  
78,60
- 5) Larygatil 1 - 17,30  
1 cp / 5 J pur  
78,60

RDV le : \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ mn

Consigne Particuliers :

III de Lmaisset

**Dr. Mustapha AITELHAJ**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
طبيب و معالج نفسي  
Tél : 06 53 92 65 45

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaa Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
PPV: 113,30 DH



ID : 637161  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 78,10 DH



ID : 637161  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 78,10 DH



ID : 637441  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 239,00 DH



ID : 637441  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 239,00 DH



**ARIPIPIH® 5 mg**

30 comprimés



LOT : 9MA014  
PER: 03/2022  
Largactil 25 mg  
50 Cp pel séc  
P.P.V: 130DH0



LOT : 7MA010V  
PER: 05/2020  
Largactil 25 mg  
50 Cp pel séc  
P.P.V: 130DH0



LOT : 6MA013  
PER: 08/2021  
Largactil 25 mg  
50 Cp pel séc  
P.P.V: 130DH0





بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>			مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
Référence structurée : 200292629855940		Emis à Casablanca le : 06/02/2020	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 02/2020 Mode de paiement : Virement		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
Informations :		معلومات :	

مرجع الإشعار بالتلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	A	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
070671276	30/12/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
070671276	30/12/2019	PH	PHARMACIE	993,40	869,70	1,00	1,00	869,70	70	608,79
Total remboursé pour MOHAMED										713,79
Total général remboursé										713,79

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان