

# 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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040089

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ 18296 ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AQUAME MOSTAFA  
Date de naissance : 01-01-1951  
Adresse : 123, RUE ABAN EL WALT. RES. SEKMAT "B"  
AP 9 BOURGOINE CASA  
Tél. : 0662100580 Total des frais engagés : 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 28 JAN. 2023 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



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

[illegible]

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

[illegible]

Cocher la mention utile pour chaque case

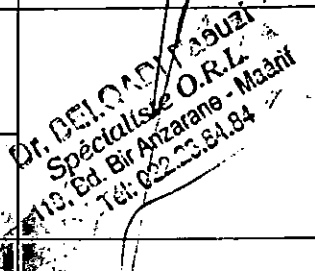
Accrocher l'étiquette portant l'INP (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de Santé)

080 200 7200 / 080 203 3333 الفاكس : 080 203 3333 - 2186 - الهاتف : 080 200 7200

Maison de l'Aspirant - Place de DAKAR - Coombance B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200

115 Ed-Bir Anzarane - Mbat


080 200 7200 / 080 203 3333

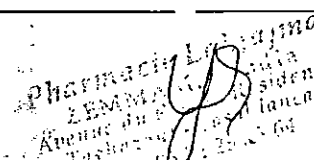
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
19.09 2019	A		200	 <b>Dr. BELONDI TASSUZI</b> Spécialiste O.R.L. 119, Ed. Bir Anzarane - Maânt Tél: 022 23 84 84	
INPE et code à Barres					
0512104431					
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						
0512104431						
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					
INPE et code à Barres					
0512104431					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المدونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
19-09-15	661,30	 <b>Pharmacie</b> ZEMMA Avenue du... Tashkent...		
INPE et code à Barres			0512104431	
INPE et code à Barres				

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

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمم والشخير

**Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale**  
**Exploration des Vertiges et de la Surdité**

**Dr. Faouzi BELQADI**

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



**الدكتور فوزي بلقاضي**

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
وتقويم الدوار والصمم والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس  
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

19/09/2019

Madame EL MECHRAFI Aziza

187,00

ACLAV 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

40,00

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

22,00

RHUMIX

1 sachet 2 fois par jour pendant 5 jours

119,10

RISONEL

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours

(139,60 x 2)

AMLOR 5 mg

1 comprimé le matin

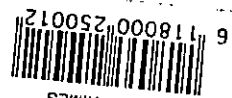
641,30

**Dr. BELQADI Faouzi**  
**Spécialiste O.R.L.**  
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif  
Tél. : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67

AMlor 5 mg ○  
56 COMPRIMÉS



6 118000 250012



AMlor 5 mg ○  
56 COMPRIMÉS



ments.

humix®  
ite de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

ISOLONE 20 mg  
20 comprimés effervescents



6 118000 021445

12

Uniquement sur ordonnance, Liste I  
+ Respecter les doses prescrites



ACLAY 1g/125mg Poudre pour  
suspension buvable, 24 sachets

A.M.M. : 118000091752

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 191089673649560		Emis à Casablanca le : 08/10/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 154502303 Règlement du mois : 10/2019 Mode de paiement : Virement		EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016	
	Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنير الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
060275862	19/09/2019	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
060275862	19/09/2019	PH	PHARMACIE	541,50	541,50	1,00	1,00	541,50	77	416,96
060275862	19/09/2019	PHN	PHARMACIE	99,80	22,00	1,00	1,00	22,00	00	0,00
Total remboursé pour AZIZA										532,46
Total général remboursé										532,46

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان