

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-448084

54664

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricole : 9102 | | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <i>NASSA R. Mohamm</i> |
| Nom & Prénom : | | Date de naissance : | |
| | | <i>24/12/62</i> | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : <i>062767068</i> | | Total des frais engagés : | |
| | | Dhs | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : BENNANI Sanâa | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint |
| 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 : *Casab*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *30/11/2020*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-448084

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

06.04.26 06.26

مدیرية التامین الصحی الاجباری
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref : ANAM 1200

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

| | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> موافقة مسبقة* | <input type="checkbox"/> تنفيذ* |
| Entente préalable* | Exécution* |

مراجع رقم: 610-1-02

خاص بالمؤمن له (ها)



تعليمات يجب اتباعها

- تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
- يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
- يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
- يجب ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء والمنتهاة بالوصفات المرسلة.
- يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يرهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

par personne et par événement.

être accompagnée de toutes les nales (ordonnances médicales, amens de radiologie et/ou de

personne soignée doivent être ix mêmes sur chaque feuille de

concernant les médicaments aux ordonnances transmises.

que les pièces justificatives à CNSS dans les deux mois qui édical, sauf s'il y a traitement dernier cas, le dossier doit être (60) jours qui suivent la fin du

is engagés sera effectué sur la nale de référence.

idents du travail et maladies s couverts.

de fraude ou de fausse les prestations qui ne sont pas ions légales et réglementaires.

ement prise par la CNSS est conditions réglementaires et de

توقيع وطابع
nature de l'Agenceخاص ب مدیرية التامین الصحی الاجباری
Réservé à la DAMO

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENNAKID SANA

N° Immatriculation : 135393419

N° de la carte d'Identité Nationale :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint Enfant Lui même زوج ابن هو نفسه

Adresse : 6 Rue El Hachemi Ben Abdellah, 1000 Casablanca, Maroc

Montant des frais : 1111.00 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 1

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENNAKID SANA

Date de naissance :

N° de la carte d'Identité Nationale :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي

تاريخ الازدياد

رقم بطاقة التعريف الوطنية

الجنس*:

Identification du Médecin traitant

N° INP

135393419

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق:

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتفق الولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

| | | |
|--|---|---|
| Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/> | مرض* للاطفال أقل من سن 12 <input type="checkbox"/> | Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Maternité* <input type="checkbox"/> | * امومة <input type="checkbox"/> | Date de grossesse : <input type="checkbox"/> Date prévue d'accouchement : <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation* <input type="checkbox"/> | * استشفاء <input type="checkbox"/> | Date d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> |
| Accident* <input type="checkbox"/> | * حادث <input type="checkbox"/> | Date d'accident : <input type="checkbox"/> Causes de l'accident : <input type="checkbox"/> |

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 10/04/2024

في: المحمدية

Fait à : Casablanca

Le : 10/04/2024

في: المحمدية

N° Immatriculation

135393149

Nom et prénom

BENNANI SANAA

Date de naissance

13/02/1973

CNI/Passeport/Séjour

078102

Assurance maladie obligatoire

| N° dossier | Type de dossier | Date de dépôt | Agence de dépôt | Date des soins | Montant des soins (MAD) | Bénéficiaire |
|------------|-----------------------------------|---------------|-----------------|----------------|-------------------------|-------------------|
| 64145145 | Dossier de remboursement | 04/02/2020 | SBATA | 29/01/2020 | 771,6 | BENNANI SANAA ✓ ① |
| 60233573 | Dossier de remboursement dentaire | 04/05/2020 | MERS SULTAN | 06/04/2020 | 500 | BENNANI SANAA ✓ ② |
| 73424844 | Dossier de remboursement | 19/11/2020 | MERS SULTAN | 23/10/2020 | 3000 | BENNANI SANAA |

« < > »
2020



Assurance maladie obligatoire

DÉTAIL AMO



| Numéro de dossier | Montant Remboursé (MAD) | Situation | Date de situation | Motif | Mode de paiement |
|-------------------|-------------------------|-----------|-------------------|-------|------------------|
| 64145145 | 307.93 | Payé | 17/02/2020 | | Virement assuré |



Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق والأذن والحنجرة

Casablanca, le 29/01/2020 الدار البيضاء، في

Mme BENNANI Sanaa

ROVAMYCINE 3M



ROVAMYCINE 3MUI
CP PEL B16
P.P.V : 132DH60
2202201834
6 1180001060277

PILIA PHARMACEUTICALS
17, RUE DE ROME - CASABLANCA
Tél: 05 22 86 67 01 - 05 22 86 31 31

PREDNI 20



1 comprimé matin et soir pendant , pendant 8 jours

APIXOL



1 cès 3 fois par jour , pendant 10 jours

SERETIDE 250



2 inhalations matin et soir , pendant 10 jours

2182

421,6=



120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca
Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com