

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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

72027

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellatif Nastaphi

Date de naissance :

103 06 1954

Adresse : 19, Rue Basal Boul ETG 2 N° 6

Benjatia CASA 20120

Tél. : 06 33 30 33 63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Abdellatif Nastaphi

oit être accompagnée de justificatives originales, factures, ...).

de la personne soignée par les praticiens eux mêmes seuls.

transmises doivent être codés à barres des

s ainsi que les pièces être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte de traitement médical continu. Le dossier doit être présenté jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera e la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au uite à accord préalable. es est disponible auprès de

x accidents du travail et elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse enir des prestations qui ne ssible des sanctions légales

boursement prise par la e au respect des conditions e qui précède.

توقيع وطابع الو gnature de l'Agence

تاريخ الإيداع: ٢٠٢١-٠٦-١٥

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سبتم تعويض المبالغ المضروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
 Réserve à la DAMO

تاريخ الاستلام: ٢٠٢١-٠٦-١٥
 Date d'arrivée: ٢٠٢١-٠٦-١٥

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint Moi-même

Enfant ابن

Adresse : ١٩, rue Boulabak Appt 6 étage Benjdia Casablanca

العنوان :

Montant des frais : درهم Dhs

مبلغ المصاري :

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom : OUNADES FOZIA

تاريخ الإزدياد :

Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN: ١٤١٩١٤٦١٦١٣١٩١٤٦١

الجنس: *

Sexe : M ذكر أنثى

INPE et code à barres **

٢٠٢١١٨٧٨١٤	INPE et code à barres **	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	نوع العلاجات*
Médecin traitant الطبيب المعالج	Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Amoème <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	
Fait à : Le : ٢٠٢١-٠٦-١٥		أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : Le : ٢٠٢١-٠٦-١٥		توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : Le : ٢٠٢١-٠٦-١٥		توقيع الطبيب المعالج والمؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	
Fait à : Le : ٢٠٢١-٠٦-١٥		توقيع وطابع الطبيب المعالج والمؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

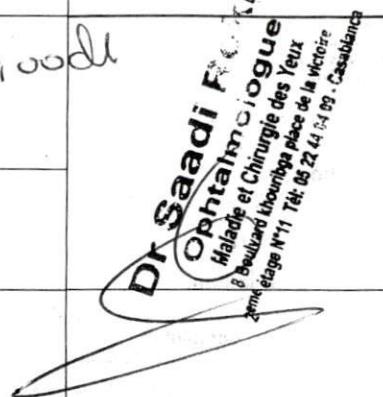
* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

أشطب أخفاقة المناسبة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
09/03/2021	CS ophtalmologie	300,00 Dh		
INPE et code à Barres				0311218141
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1_1

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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
LUNETTES ANNAKHIL Rue 3, N° 102 Derb Ghallef - Casablanca				24	
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1_1	
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1_1	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	Signature et Cachet Bi
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1_1

نفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

في أو ممون التجهيزات

ببية

Signature et Cachet
Fournisseurs des d

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

LUNETTES ANNAKHL

نظارات النخيل

N° 2609

NOM : OUDAIRES

DATE /23 - 3 - 2

PRENOM : FAYA

- DOCTEUR M. QAFIA SAAD

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE	100 CYL	12 SPH + 3 =	1000,-
VL			
OG : AXE	95 CYL	-12 SPH + 3 =	1000,-
Add : { OD :	95	+ 25	
OG :			
Verres	870 ml	550	16
Monture	OP - P	L	100,-
Facture Arrêtée à la somme de :			
	2400		



رقم 192، زنقة 3 السلام - الدار البيضاء - الباشة : 34721616

N° 192 - Rue 3 Essalam - Casablanca

Patente : 34721616 - I.F. : 40150760 - Ice : 001845860000089

Dr. Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de Contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hôpital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca (ex Sofi)

Tél : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84



الدكتورة رقية السعدي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتلولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء (الصوفي سابقا)

ف : 05 22 44 45 84 - 05 22 44 04 09

Casablanca, le : 09/03/2024 الدار البيضاء، في :

OUTADES FOUZ

Lunettes à fort indice organique

Progressifs anti-reflets.

$$\text{de l'œil OD} = (110^\circ - 125) + 3,50$$

$$06 = (50^\circ - 1^\circ) - \text{N.B.R.C. (Chirurgie - Fasculature) - Rule 3, N°192 Essam}$$

add + 2,50

$$\text{de l'œil OS} = (110^\circ - 125) + 6$$

$$06 = (50^\circ - 1^\circ) + 6$$

~~LUNETTES NAKHL~~

Dr Saadi Rokia
Ophtalmologue

Maladie et Chirurgie des Yeux
8 Boulevard Khouribga place de la victoire
2ème étage N°11 Tél: 05 22 44 04 09 - Casablanca

شارع خريبكة - ساحة النصر - الطابق الثاني - رقم 11 - الرمز البريدي 20110 - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga - Place de la Victoire 2ème étage - N°11 Code Postal 20110 - Casablanca

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Référence structurée : 210403959750922

Emis à Casablanca le : 13/04/2021

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 160184117
Règlement du mois : 04/2021
Mode de paiement : Virement

OUDADES FOUZIA
19 RUE BAALABA 2EME ETG BEN JDIA ALSACE
LORRAINE
CASABLANCA 2012

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعارات بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
OUDADES FOUZIA										
073441057	09/03/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
073441057	09/03/2021	MON	OPTICIEN	400,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
073441057	09/03/2021	VER	OPTICIEN	2 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
Total remboursé pour FOUZIA										420,00
Total général remboursé										420,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان