

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.

Biologie 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.

prothétique :

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.

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

Nº M21- 066005

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1638

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMRAI ABDALLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.56.18.85

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Age:

Nom et prénom du malade :

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) :

MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ales :
é à l'adhérent doit être dûment renseigné.

é au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
feille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

able est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
tiques, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
es actes effectués en série.

nt, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

es médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie :

qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
anance médicale pour toute demande de remboursement.

iel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

u médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

able renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

rsement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

hèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
t le début de traitement.

être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

ion Longue Durée ALD et ALC :

le maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

ails utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

nement de statut : adhesion@mupras.com

respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Déclaration de Maladie

N° W19-598470

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4638	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AMALI ABDELMJDID			
Date de naissance : 28/12/1958			
Adresse : 09 Bd Driss El AïSSI, Lot Andalous, Val d'Ayfa.			
Tél. : 06 61 54 18 85	Total des frais engagés : 1474,90 Dhs Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/05/2021			
Nom et prénom du malade : HISHMI NADIA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 25/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

DOSSIER NUMÉRIQUE DE LA SANTÉ
DOSSIER NUMÉRIQUE DE LA SANTÉ

Indiqué que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES ET CAHIER DES CHARGES

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
[REDACTED]	[REDACTED]	

o - o - 1/2 (10 j)

o - o - 1/4 (10 j)



6 118001 260850

~~mis~~ Arrêt.

94.00

3 - Mydoflex 150 mg S

Nuroadol® 400 mg

30 Comprimés Peuillés



6 118000 180906

ACP à 3 j m 10j

50.00

4 - Nuroadol 400 mg S



6 118000 040941

ACP en cas de crise

79.20 x 5

5 - Azix 500 mg S



6 118000 040941

ACP à 2 j m 10j

6 - Oedes 20mg



6 118001 100088

99.00

ACP à 1 j m 15j



6 118000 040941

~~Dr HARRIZI ILHAM~~
Neurologue
EEG - ENMG
310 Boulevard Librete Rue
Omer Rim 0522300090 0642890050
neuro_ilham@gmail.com

**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 :

Page : 1

Référence structurée : 210605313419942

Emis à Casablanca le : 01/06/2021

Identifiant de la famille تعریف العائلة

HIJAZI NADIA

N° d'immatriculation : 141642936

LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
CASABLANCA 2037

Règlement du mois : 06/2021

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التغطية Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
HIJAZI NADIA										
084902663	05/05/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
084902663	05/05/2021	PH	PHARMACIE	1 174,90	946,90	1,00	1,00	946,90	70	662,83
Total remboursé pour NADIA										
Total général remboursé										
767,83										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE
...DRHMS...
AGENCE ROCHES NOIRES

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO PV IJM-PRO AF
 RC Autre :

N° CNSS:

N° DOSSIER (s) 84902663

Matricule Collaborateur :

Date 19/05/2021 ...

هام جدا

للإطلاع على عدد الأيام الم المصرح بها
و ل تتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
الرجو الإتصال ب 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له
عبر الموقع www.cnss.ma

أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS.



للمزيد من المعلومات مركز الاتصال 080 200 7200 080 203 3333

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلمات العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin
05-05-2021		C 5	300 DH	Dr. HARRIZ Ibrahem Neurologist 310 El Fenn, Casablanca Ornar, Rift 3 El Loukkas - 062289050 neuro.Ihama@gmail.com
INPE et code à Barres 112114119161610141				
INPE et code à Barres 112114119161610141				

CIM-10

Actes Paramédicaux						
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلمات العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 112114119161610141						
INPE et code à Barres 112114119161610141						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	لetter clé+ cotation NGAP / NABM
INPE et code à Barres 112114119161610141		
INPE et code à Barres 112114119161610141		

نوع الخدمة Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	نوع التجهيزات Libellé Signature et Cachet Fournisseurs des di
05/05/2021	1174,90 DH	112114119161610141 000036 112114119161610141 000036
INPE et code à Barres 112114119161610141		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

