

# 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.

## 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° M21- 072046

80704

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AOUANE MOSTAFA  
Date de naissance : 01/01/1951  
Adresse : hab. tuelle  
Tél. : 0662 10 05 80 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 : 09 / 08 / 2021


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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

 الضمان الإجتماعي CNSS	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *
N° Dossier :		
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : <b>EL MECHARAFI AZIZA</b>		الاسم العائلي و الشخصي :
N° Immatriculation : <b>11514510123131</b>		رقم التسجيل :
N° CIN : <b>1A112114131111</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <b>123, Rue Abou el walt. RES. SERKAT. B°</b> <b>apt 3 BOURGOGNE ELISA</b>		العنوان :
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>		
Bénéficiaire de soins <b>EL MECHARAFI AZIZA</b>		تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :		الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر      F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		الجنس : *
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المميز **
Médecin traitant الطبيب المعالج	<b>091045195</b>	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
<b>Type de soins</b>		
Admission ALD * :		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :		رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :		ب :
Le :		في :
توقيع المؤمن له		توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



CIM-10			
--------	--	--	--

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

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

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 الضمان الإجتماعي <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610 2 06 : مرجع رقم
	<b>Référence structurée : 210201973833171</b>	<b>Emis à Casablanca le : 02/02/2021</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016		
	N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement		
<b>Informations :</b> معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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										
070777822	07/12/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
070777822	07/12/2020	PHN	PHARMACIEN	380,80	63,60	1,00	1,00	63,60	00	0,00
070777821	18/12/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
<b>Total remboursé pour AZIZA</b>										<b>231,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>231,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire MED NN LMR
------------------------

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا  
أمراض وجراحة العيون

Casablanca le : 18 décembre 2020

الدار البيضاء في

Mme EL MECHRAFI Aziza

710

DEXAFREE COLLYRE



puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours, dans l'œil droit, pendant 15 jours

PHARMACIE LAHJAJMA  
Rue Ben Dahan - Casablanca  
05 22 27 49 95

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca  
Tél: 05 22 27 49 95

7, زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف 0522.27.49.95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95





## FEUILLE DE MEDICAMENTS


Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

### Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 154 50 23 33  
Nom et Prénom : EL NECHRAÏ ABIDA  
Bénéficiaire : EL NECHRAÏ ABIDA  
Tél/GSM : 06 62 10 05 80

### Partie réservée au code à barre des médicaments

  
6 118001 102860  
DEXAFREE 1 mg/ml  
Collyre 0,4 ml - PPV : 72,10 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Eloul,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
