

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 068118

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13586 Société : RAM 81720

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABERCHANE NARTISS

Date de naissance : 11/01/1988

Adresse : Résidence TAJ NOUACEVA CH1 ITTAA

APT 23 NOUACEVA CASABLANCA

Tél. : 0662509616 Total des frais engagés : 1010,00 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 : 26/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

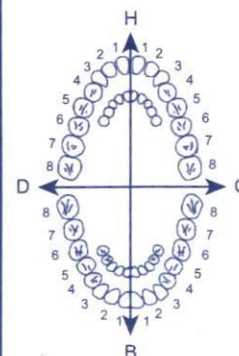
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D      G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

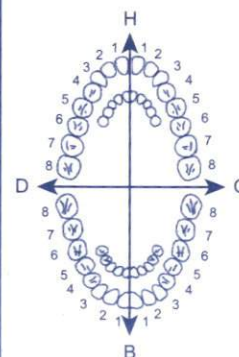
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>الطبيب</b> <b>C N S S</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06 :
	<b>Référence structurée :</b> 210807171417325	<b>Emis à Casablanca le :</b> 12/08/2021	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 132692002 Règlement du mois : 08/2021 Mode de paiement : Virement	<b>HAMDOUNE HAKIME</b> <b>RES TAJ NOUACEUR IMM A4 APPT NR 23 NOUACEUR</b> <b>CASABLANCA 2000</b>	
	<b>Informations :</b> <span style="float: right;"><b>معلومات :</b></span>		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
HAMDOUNE AMNEY										
086205601	12/07/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
086205601	12/07/2021	PH	MEDECIN SPECIALISTE	760,00	760,00	1,00	1,00	760,00	70	532,00
<b>Total remboursé pour AMNEY</b>										<b>637,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>637,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Instructions à suivre	تعليمات يجب إتباعها
<p>Etablir une feuille de soins par personne et par événement.</p> <p>La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).</p> <p>Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.</p> <p>La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical.</p> <p>Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.</p> <p>Toute personne coupable de fraude pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.</p> <p>L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.</p>	<p>تقديم ورقة العلاج بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.</p> <p>يجب إرفاق ورقة العلاج بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).</p> <p>يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.</p> <p>يجب تقديم ورقة العلاج والوثائق الأتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية.</p> <p>يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.</p> <p>كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب لاستفادة من خدمات غير مستحقة، يعاقب طبقاً للعقوبات القانونية.</p> <p>حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكن ما سبق ذكره.</p>
<p>توقيع وطني الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	
<p>تاريخ الإيداع : .....</p> <p>Date de dépôt du dossier : .....</p>	

ورقة العلاج المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التعويضات الطبية والصحية Direction des Prestations Familiales et Sociales مرجع : 451-4-42
 <p>Le devoir de vous protéger</p>	<p>مراقبة مستقلة</p> <p>تأني</p>	
Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC		
N° du code à barre		الرقم المخصص
N° Dossier sur l'application		رقم الملف
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom: <b>HABDOUNE HAKINE</b>		الاسم العائلي والشخصي
N° Immigration: <b>132692002</b>		التسجيل
N° de la carte d'Identité Nationale: <b>10359579</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية
Qualité de l'assuré:		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (إنها)
<input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Pensionné		
Adresse au Maroc: <b>Residence TAS NOUACEUR CHA TINAL APPT 23 NOUACEUR ADJALANCA</b>		العنوان في المغرب
Nombre de pièces jointes: <b>1</b>		عدد الوثائق المرفقة
Référence de l'attestation d'ouverture de droit		
<input type="checkbox"/> formulaire du ..... du ..... <input type="checkbox"/> N° de dossier de l'attestation		
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاج
Nom et prénom: <b>Hamdoun Amnany</b>		الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance: <b>15/05/2020</b>		تاريخ الميلاد
N° de la carte d'Identité Nationale: .....		رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e):		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (إنها)
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		
Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		الجنس
Type de soins:		
<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Pédiatrie <input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/>		
INPE et code à barres **		مطابق المسمى لرقم الوطني الاستداعي
Etablissement de soins		الطبيب المعالج
Nom de l'établissement des soins		الطبيب المعالج
Nature de l'intervention		Nature de la maladie
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis		أشهر بصفتي طبيباً أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة
<p>Fait à: <b>Casablanca</b></p> <p>Le: <b>12/07/2021</b></p> <p>توقيع المؤمن له (إنها)</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>		<p>Fait à: .....</p> <p>Le: .....</p> <p>توقيع وطني الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>

وصف لعمليات المجازة				توقيع وطبيب المصنف	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مطلوب لعمليات Lettre de - Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطبيب المصنف Signature et Cachet du Médecin traitant	
12167121		CS	250		
INP et code a barres					الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر
INP et code a barres				الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر	

CIM-10

تدريبات المساعدة بين الطبيين					توقيع وطبيب المصنف	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مطلوب لعمليات Lettre de - Cotation NGAP	عدد العمليات Nombre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطبيب المصنف Signature et Cachet du Paramédical	
INP et code a barres				الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر		
INP et code a barres				الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				توقيع وطبيب الأشعة أو الإحصائي	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مطلوب لعمليات Lettre de - Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP et code a barres					الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر
INP et code a barres				الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر	

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			توقيع وطبيب المصنف أو موزن الأجهزة الطبية	
تاريخ التفيد Date d'ordonnance	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطبيب المصنف أو موزن الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur des dispositifs médicaux		
12167121	760,00			
INP et code a barres			الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر	
INP et code a barres		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر		

Fournitures et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire				خدمات ومصالح غير متضمنة من طرف المؤسسة الممثلة	
Nature de la prestation	طبيعة الخدمات	Prix Unitaire	ثمن الوحدة	Quantité	المقد

**Docteur Abdelhak ZAKIR**  
**Pédiatre**

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation néo-Natale  
Diplômé en Médecine Fœtale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

**الدكتور عبد الحق زكير**

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا  
مجاز في إنعاش الرضيع  
مجاز في طب الجنين  
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Hamdoun Amrey

Casablanca, le 12/07/21

760/00 Prevenar

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 760DH00  
6 118001 171067  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

PHARMACIE LES TERRASSES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

13, Bd A'in Taoujtate (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1er Étage, App. N°1 - Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 48 67 66 - 06 66 99 99 94 - EN CAS D'URGENCE: 06 61 14 45 00