

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° P19- 060673

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

108117 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2277 Société : RAM Complément Conjoint-MD

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija

Date de naissance : 17.07.54

Adresse : 1st Nargisse Rue 1 n°3 3d Abdhadi Boutaleb

Tél. : 06 62 39 39 30 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 12 / 2021

Nom et prénom du malade : TRAF Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Contrôle Cardio

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 : 10 / 01 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) : خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : TRAIF Mohammed : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 119121188425 : رقم التسجيل

N° CIN : 181611509 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Lot Harjine Rue 1 n°3 Bd Abdelhadi Bouatales : العنوان

Montant des frais : 7300 Dhs : مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : TRAIF Mohammed : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : : تاريخ الأزيداد

N° CIN : 181611509 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس

INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم / المفسفر

Médecin traitant : الطبيب المعالج

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins : نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : : ب

Le : 01/12/2021 : في

Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables : أصرح بصحة ومصداقية المعلومات الواردة أعلاه

Fait à : : ب

Le : 01/12/2021 : في



Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : ختم وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Fax : 0522-945224

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
01/12 2021	ECG		300,00		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _					
01/12 2021				1000,00	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _					

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 211210676523579

Emis à Casablanca le : 16/12/2021

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

JRAIF MOHAMMED
Lotissement Narjiss Rue 1 N 3.Bd Abdelhadi boutaleb Casa Anfa
CASABLANCA 2000

N° d'immatriculation: 192188426

Règlement du mois : 12/2021

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 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
JRAIF MOHAMMED										
070994480	26/11/2021	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
070994480	26/11/2021	K	MEDECIN SPECIALISTE	1 000,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
Total remboursé pour MOHAMMED										630,00
Total général remboursé										630,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Casablanca le 01/12/2021

Dr JACE MOHAMMED

Epreuve d'effort



Dr. Miloud KASSIOU
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Bd Med V1 Kissarate Tissir
2ème Etage - CASABLANCA
Tél: 0522 45 02 40/41 - Fax: 0522 45 02 39

المستعجلات 24h/24h Urgence

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بالتل: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



DATE D'EXAMEN : 01/12/2021

FACTURE N° 5587/21

NOM ET PRENOM : MR JRAIF MOHAMMED

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
EPREUVE D'EFFORT + Interprétation	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL GENERAL			1 000,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
MILLE DIRHAMS ./.



Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بثاناً: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



DATE D'EXAMEN : 26/11/2021

FACTURE N° 4560/21

NOM ET PRENOM : MR JRAIF MOHAMMED

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	300,00	300,00
<u>TOTAL GENERAL</u>			300,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
TROIS CENT DIRHAMS ./.



Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بناننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48