

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

Informations 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.

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.

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- 080280

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société : 110889
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKHAIFI Ned
Date de naissance : 01.01.1943
Adresse : Jardin de Californie B6 de FES
Appt C19 CASABLANCA
Tél : 0660725117 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 : Le :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأئمنتها بالوصفات المرسلة.

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, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

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

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 رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Date d'arrivée : تاريخ الاستلام :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-02

Ref : ANAM 1.2.01.01

خاص بالموافق له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : ANIDA OUSSEI Lehtja

رقم التسجيل : N° Immatriculation : 186 172 518

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la carte d'Identité Nationale : E88945

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن Lui même ☐ هو نفسه

العنوان : Adresse : Jardin de Calypso 861 88 Apt C19

مبلغ المصاريف : Montant des frais : Dhs. درهم

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : Bénéficiaire de soins : ANIDA OUSSEI Lehtja

تاريخ الميلاد : Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la carte d'Identité Nationale :

الجنس : * : M ☐ ذكر F ☐ أنثى Sexe :

تحديد الطبيب المعالج Identification du Médecin traitant

الرقم الوطني للمهنة : N° INP : 091080986

نوع العلاجات : Type de soins :

تم تقديم الظرف المغلق : * : Oui ☐ Non ☐ Maladie* مرض*
Pour les enfants de moins de 12 ans ☐ للأطفال أقل من 12 سنة

تاريخ الحمل : Maternité* ☐ أمومة*
Date de grossesse : تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشفاء : Hospitalisation* ☐ استشفاء*
Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث : Accident* ☐ حادث*
Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes de l'accident :

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

فعل : Fait à :

توقيع : Le :

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج : Signature et cachet du médecin traitant :

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

Description des actes effectués					وصف العمليات المجراة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
12.02.2022			Failline 03546198	8500,00 Dhs	

CLINIQUE JERRADA-OASIS
313, Av. Abdelkrim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
23.02.2022					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé		توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Docteur Tawfik Jellal

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

- * Angiographie
- * Laser
- * Lentilles de contact
- * Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - علاج بالليزر
المجال البصري الأنوماتيكي
العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 22/02/2022

Compte rendu opératoire N° Lahfa Andaloussi
Cataract. œil droit

- Préparation du champ opératoire
- Incision au couteau 2.75 au limbe.
- bleu + visqueux + Capsulorhexis circulaire
- Hydrodétachement du noyau et phacémulsification du noyau
- Aspiration du mucus capsulaires
- Mise en place de l'implant pliable.
- Comma + fermeture

DR. TAWFIK JELLAL
OPHTALMOLOGISTE
24 Rue Bagdad - Casablanca
Tél: 05 22 20 94 31

24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage - Casablanca
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 22-02-2022

Facture N° 03546/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22B22072651

N° Identifiant : 058069/22

Nom & Prénom : Mme ANDALOUSSI LATIFA

C.I.N : E88945

Adresse : JARDINS CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : ANDALOUSSI LATIFA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-02-2022

Date Sortie : 22-02-2022

Médecin traitant : DR. JELLAL TAWFIK

Traitement : CATARACTE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
REANIMATION						
1	SEJOUR AMBULATOIRE		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
INTERVENTION						
1	CATARACTE		1 687,77			1 687,77
Total Rubrique :						1 687,77
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		112,23			112,23
Total Rubrique :						112,23
PARTIE CLINIQUE :						2 100,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MEDECIN ANESTHESISTE		900,00			900,00
1	DR. JELLAL TAWFIK (OPHTALMOLOGUE)		5 500,00			5 500,00
Total Rubrique :						6 400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						6 400,00
TOTAL GENERAL						8 500,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 22/02/2022 au 22/02/2022

Patient : Mme ANDALOUSSI LATIFA

N° Dossier : CJO22B22072651

Organisme : PAYANT

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE NON STERILE 10X10 AB (100)	3,75 Dh	3	11,25 Dh
COMPRESSE OCULAIRE	4,00 Dh	2	8,00 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 7.5	9,44 Dh	2	18,88 Dh
INTRANULE G22 BLEU	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LUNETTES A O2 AD (001)	9,00 Dh	1	9,00 Dh
OXYGENE BLOC (001)	1,50 Dh	25	37,50 Dh
SERINGUE 1 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
			91,63 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
RINGER LACTATE 500 ML INJECTA (01)	18,40 Dh	1	18,40 Dh
STERDEX PDE OPH (12)	2,20 Dh	1	2,20 Dh
			20,60 Dh

Total global : 112,23 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abdelmoumin Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO22B22072651
NOM DU PATIENT Mme ANDALOUSSI LATIFA
MÉDECIN TRAITANT JELLAL TÁWFIK
PRISE EN CHARGE PAYANT CNSS
DATE D'ENTREE 22/02/2022
DATE DE SORTIE 22/02/2022
MODE DE SORTIE normal

CLINIQUE JERRADA OASIS
113. Av. Abdelhak Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 22-02-2022

DR. JELLAL Tawfik
Spécialité : OPHTALMOLOGUE
N° Patente :
Identifiant fiscal : 41812270
ICE : 002239907000071

PATIENT : Mme ANDALOUSSI LATIFA

HONORAIRES : 5 500,00 Dh
(CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Bagdad
Tél: 06.22.20.94.31 / Casablanca



CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 22-02-2022

DR. MEDECIN ANESTHESISTE

PATIENT :

Mme ANDALOUSSI LATIFA

HONORAIRES :

900,00 Dh
(NEUF CENTS DIRHAMS)

Dr. Amina BENOMAR
Professeur
Anesthésie - Réanimation
Médecine d'Urgence

Tel : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerradaoasis.ma
113, Av. Abdelhak Bouabid
CASABLANCA
CLINIQUE JERRADA-OASIS

DÉTAILS



N° Dossier

102341872

Montant remboursé

4550.0

Situation

Envoyé à l'assuré

Date de situation

24/03/2022

Mode de paiement

Virement assuré

Motif

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري			مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
	RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO			مرجع رقم : 610-2022	
	Réf érence structurée : 220313883384187			Emis à Casablanca le : <input type="text"/>	
	Page : 1				
Identifiant de la famille		تعريف العائلة	ANDALOUSSI LATIFA HADAÏK CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4 CALIFORNIE CASABLANCA 2000		
N° d'annulation : 186172518 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement					
Informations :		معلومات :			

مرجع الإصدار بالإسلام Réf érence structurée de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنير السمة Président des soins	مبلغ التعويض Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	العميل Coté B.	النسبة Quand B.	أساس التعويض Base de rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ANDALOUSSI LATIFA 102341872	12/02/2022	ACC	CLENYUR TERKADA OASIS	1100,00	0100,00	1,00	1,00	0100,00	70	4330,00
Total remboursé pour LATIFA										4 550,00
Total général remboursé										4 550,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 22/02/2022 OD