

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.

Radiologie 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-684918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 508 Société : RAA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AITHEMM M

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0611 85542 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2022

Nom et prénom du malade : DARIF JEN

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

Nature de la maladie : Cabinet de Pédiatrie

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) : [Signature]

Autorisation CNDD N° : A-A-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
10/05/2022				INP : 02009640 3950 SUE TAHA SARILAU Avenue HACHEM FILAL P.C. N° 4038 29 78000956

[illegible]

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

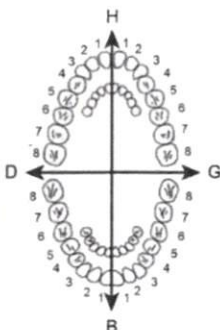
[illegible]

RÉLEVÉ 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
				MONTANTS DES SOINS 							
				DEBUT D'EXECUTION 							
				FIN D'EXECUTION 							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		B		
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>								
	B										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 							
				DATE DU DEVIS 							
				DATE DE L'EXECUTION 							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 10/05/2029 في الدار البيضاء،

Mme : DARIF IJOU

Compte rendu opératoire de l'œil gauche

TECHNIQUE : CATARACTE PAR PHACOEMULSIFICATION

- Examen de l'œil et de ses annexes
- Badigeonnage et lavage des culs-de-sacs à la Bétadine 5%
- Incision cornéenne limbique à l'aide d'un couteau 3.2
- Injection de viscoélastique
- Porte de service au couteau 15°, capsulorrhéxis a la pince de Corydon
- Hydrolyse et hydrodéliation, phacoemulsification du noyau
- Implantation d'un implant
- Lavage évacuation du produit visqueux
- Tobradex pommade
- pansement

الدكتورة خديجة فلتحي
Dr. KHADIJA ELTY
إختصاصية في طب وجراحة العيون
Ophtalmologiste
Tél.: 05 22 37 07 43 - Casablanca

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

**RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée :

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

AITHEMMOU MOHAMED
HAY YASMINA I RUE 11 N 33 AIN CHOCK
CASABLANCA 9999

N° d'immatriculation : 192170118

Règlement du mois : 05/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لفائدتكم

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	المعاملات 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
DARIF IJOU	-	10/05/2022	-	CLINIQUE TAHA	6 500,00	-	-	-	-	4 550,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Casablanca, le 05/05/2022 في الدار البيضاء، في

CNSS

998401213

AMO

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE TAHA
AV HACHIMI FILALI
BACHKOU EX AV TADDART
20000 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation 192170118

Nom et prénom de l'assuré : AITHEMMOU MOHAMED
R3988

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998401213 , reçu le 05/05/2022, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998401213
والذي وافقتمونا به بتاريخ 05/05/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

DARIF LJOU
090061243
4550,00Dhs
du 10/05/2022 au 09/06/2022

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO
S/R:
S/R:
S/R:

CLINIQUE TAHA

SARL A.U.

Tel : 05 2281 55 81 / Fax : 05 22 85 55 01
AV. Hachimi Filali (Ex AV. Taddart) N°51 LOT BACHK
CASABLANCA



INPE : 090061243

F A C T U R E

CNSS	Réf facture N° 1230/ 2022 Date : 10/05/2022
------	---

Nom du patient	Date Entrée	Date Sortie
DARIF IJOU	10/05/2022	10/05/2022

<i>Nom adhérent</i>	DARIF IJOU
<i>Numéro Immatriculation</i>	292170118
<i>Lien de parenté</i>	Assuré
<i>Numéro affiliation</i>	
<i>Références prise en charge</i>	998401213
<i>Cotation</i>	k130

Prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CATARACTE CNSS	1,00	F	8 500,00	8 500,00
			Total Facture	8 500,00
			Part organisme	4 550,00
			Part adhérent	3 950,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS				

Signature de l'adhérent :

CLINIQUE TAHA SARL AU
51, Lot Bachkou Avenue HACHEMI FILALI
CASABLANCA - RC. N° : 40388 29
ICE N° : 002049378000056
Duplicate

CLINIQUE TAHA

SARL A.U.

Tel : 05 2281 55 81 / Fax : 05 22 85 55 01

AV. Hachimi Filali (Ex AV. Taddart) N°5

CASABLANCA

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mme DARIF IJOU		
Chambre : CH102		
Médecin traitant	FILTY KHADIJA	
Prise en charge	CNSS	
Date entrée	10/05/2022	
Date sortie	10/05/2022	09:57
Le médecin	L'infirmier	Le major

CLINIQUE TAHA SARL AU
51, Lot Badou Avenue HACHEMI FILALI
CASABLANCA - RC N° 4038 28
ICE N° 802048378000056
Duplicate