

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00.08392 Société : Ex RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL M D A G H R I Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732

Total des frais engagés : 1000,54 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

E. M.





Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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	
26/03/2011 Chimio			1000,54	<i>CLINIQUE AL MANSOURA 522 Bd Panoramique 77 40 à 49 (LG) Tel : 05 22 77 77 40 Fax : 05 22 25 00 01</i>	
INPE et code à Barres					
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

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 / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

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

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

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**      N° **2553** / **2022** du **28/03/2022**

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID** Entrée **26/03/2022**  
Prise en charge **CNSS AMO** Sortie **27/03/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
<b>PRESTATIONS</b>					
CHIMIOTHERAPIE	2,00	FORFAIT	1 000,00	5	100,00
PHARMACIE	1,00	PH	18 010,71	5	900,54
		<b>Sous-Total</b>		<b>1 000,54</b>	

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i>  <i>MILLE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES</i>	<b>Total</b>	<b>1 000,54</b>
--	--------------	-----------------

**Montant total facturé**

**20 010,71**

*Montant pris en charge par l'organisme*

**19 010,17**

*Montant ticket modérateur à charge du patient*

**1 000,54**

**PAYÉ EN ESPÈCES**  
Le: 26/03/2020

**CLINIQUE AL MADINA**  
532 Bd Panorama - Casablanca  
Tél: 05 22 77 40 42  
Fax: 05 22 25 00 07 (L.G)

# F A C T U R E

N° : **2553 / 2022** du **28/03/2022**

**DUPLICATA**

**CHIMIOTHERAPIE**

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée **26/03/2022**

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie **27/03/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PHARMACIE</b>	<b>1,00</b>	<b>PH</b>	<b>18 010,71</b>	<b>18 010,71</b>
<b>CHIMIOTHERAPIE</b>	<b>2,00</b>	<b>FORFAIT</b>	<b>1 000,00</b>	<b>2 000,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>20 010,71</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>20 010,71</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

VINGT MILLE DIX DIRHAMS SOIXANTE ET ONZE CENTIMES	<b>Total</b>	<b>20 010,71</b>
Immatriculation :	Adhérent :	
Affiliation :	N° prise en charge :	
Cin :		
Part organisme	<b>19 010,17</b>	
Part patient	<b>1 000,54</b>	


**CLINIQUE AL MADINA**  
 12 Bd Palmerston - Casablanca  
 Tel.: 05 22 77 40 22 (L.G.)  
 Fax: 05 22 25 00 01



الدار البيضاء، في 21/03/2022

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CNSS  
998371002  
AMO



**CLINIQUE ALMADINA  
532 BD PANORAMIQUE  
MANSARD QUART.PALMIERS  
20100 CASABLANCA**

Réf : N° d'immatriculation 110982735

Nom et prénom de l'assuré : REDOUANE ABDLAMJID  
R4776

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998371002 , reçu le 19/03/2022, nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998371002 والذى وافقنا به بتاريخ 19/03/2022 نطلعكم على موافقتنا بخصوص

**Le bénéficiaire**  
REDOUANE ABDLAMJID  
**L'établissement**  
090006784  
**Le montant**  
18992,31Dhs  
**La validité de prise en charge**

**REDOUANE ABDLAMJID**  
090006784  
18992,31Dhs  
du 26/03/2022 au 25/04/2022

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 انتباحكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

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

ونفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا

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

S/R: CRH  
S/R: DETAIL PHARMACIE SR LMR  
S/R: DETAIL PHARM SR PHM/PROSPECTU  
S/R: