

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

M22- 0016559

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 126692
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA
Date de naissance :
Adresse : habituelle
Tél. : 0662 100580 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :

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 : 22/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP 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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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 un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

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

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>الضمان الإجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>			
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI ARIZA</p>			
<p>N° Immatriculation : 1545023333</p>			
<p>N° CIN : 1545023333</p>			
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن </p>			
<p>Adresse : 125, Rue Hassan EL WAT. LES VERTUEUX AB. 199 BOURGUENE CASA</p>			
<p>Montant des frais : Dhs.</p>			
<p>Nombre de pièces jointes :</p>			
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>			
<p>Bénéficiaire de soins</p>			
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI ARIZA</p>			
<p>Date de naissance : 15/04/1984</p>			
<p>N° CIN : 1545023333</p>			
<p>Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>			
<p>INPE et code à barres **</p>			
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>			
<p>Admission ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>			
<p>N° dossier ALD : 1545023333</p>			
<p>Code ALD : 1545023333</p>			
<p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*</p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 15/04/2022 Le : 15/04/2022 Signature de l'assuré(e) ARIZA</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 15/04/2022 Le : 15/04/2022 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins DR. BELLOADI Taoufik</p>	

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p>	<p>Date d'arrivée : 15/04/2022</p>
<p>Date de dépôt du dossier : 15/04/2022</p>	<p>Date d'arrivée : 15/04/2022</p>

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et de soins) : 080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333 - الدار البيضاء - المنطقة 2186 - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333 - Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé التمن المفوتر	Touffice وطابع الصيدلي أو ممن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20-06-22	172800	PHARMACIE LAHJAJA N° 13 ZEMAMT Avenue du Phare, Résidence El Mazout Casablanca - Tél.: 05 22 11 8 67
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

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

20/06/2022

Madame EL MECHRAFI Aziza

132,00
ACLAV 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

40,00
ISOLONE 20 mg



3 comprimés le matin pendant 4 jours

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd Bir Anzarane - Ma  rif
Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67



Assurance maladie obligatoire DÉTAIL AMO

X

N° dossier	Type de dossier	Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Beneficiaire	Détail
90962804	Dossier de remboursement	90962804	247.94	Envoyé à l'assuré	25/07/2022		EL MECHRAFI AZIZA	
90962805	Dossier de rembourse						EL MECHRAFI AZIZA	

Fermer

N° Immatriculation

154502333

Date de naissance

11/01/1956

Nom et prénom

EL MECHRAFI AZIZA

CNI/Passeport/Séjour

A21433

Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire	Détail
90962804	Dossier de remboursement	20/07/2022	ZIRAQUI	20/06/2022	422	EL MECHRAFI AZIZA	
90962805	Dossier de remboursement	20/07/2022	ZIRAQUI	06/07/2022	815,8	EL MECHRAFI AZIZA	

« < 2022 > »