

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.

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- 0008113

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SHAM i Fatima
Date de naissance : 01-01-58 CASABLANCA
Adresse : R. Sanaa, angle Rue Ibnou KALAKIS, N° 130
Bd. Bengagene CHA
Tél : 06 05 90 43 20 Total des frais engagés : 710,20 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 : CHA Le : 15 / 09 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

<u>توقيع و طابع الوكالة</u> Cachet et signature de l'Agence	<u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u> Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ تاريخ الإيداع : Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ تاريخ الإستلام :

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

 الشعار الوطني WJODH JELCH C N S S Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	رقم : 6605904320
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : <u>Ksan Mohamed</u>		الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <u>151916181911218</u>		رقم التسجيل :
N° CIN : <u>13199405</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <u>R. Sanaa, angle Rue Ibnou KALACH N° 130. Bl. Bourguigne</u>		العنوان :
Montant des frais : <u>7.191.200 Dhs.</u>		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <u>4</u>		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins		
المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		الجنس : *
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشرّف **
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		
نوع العلاجات		
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :		رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
Fait à : <u>10 06 2022</u>		ب :
Le :		ق :
توقيع المؤمن له		توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		الضمان الاجتماعي البنك الوطني للتأمين CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
Référence structurée : 220820105707528		Emis à Casablanca le :	Page : 1
Identifiant de la famille / تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 08/2022 Mode de paiement : Virement		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
KSAR MOHAMED										
090963432	16/06/2022	CS	MME ZAKI MONA	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
090963432	16/06/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	519,20	384,20	1,00	1,00	384,20	70	268,94
090963431	30/06/2022	CNP	HOPITAL IBN ROCHD	60,00	100,00	1,00	1,00	100,00	90	54,00
090963431	30/06/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	527,80	420,00	1,00	1,00	420,00	70	294,00
Total remboursé pour MOHAMED										721,94
Total général remboursé										721,94

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'imagerie et de pathologies rétiniennes
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



الطبيكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون
لللكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا
خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : : الدار البيضاء، في

16 juin 2022

Mr. KSAR MOHAMED

135,00

1/ EOLE DUAL



3 fois par jour, du

192,10 x 2

2/ DUOTRAV COLLYRE



1 goutte 1 fois par jour, le soir à 21H, 6 Mois

619,20

9

Dr. ZAKI Mona
Spécialiste Ophtalmologie
Adultes et Enfants
18, Route Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay
Hassani - Casablanca

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18, تجرئة سعد الخير شارع H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay

Hassani - Casablanca

PPC: 135,00

Eole dual

solution stérile)Hyaluronate de sodium 0,2%; Hypromellose 0,2%; Eaux distillées, Vaccinium myrtillus(myrtille), Rosa canina (églantier)- Excipients: Acide de sodium décahydraté, Chlorure de sodium, Eau Préparation pour Injectable.



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 132,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 132,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA