

# 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0027440

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2731

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HICHAM

LATIF

Date de naissance :

15/03/56

Adresse :

Hal Sule

Tél. : 06 246 06 038

Total des frais engagés : 960,00 + 2,200 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BCNNA KHALOUF SAMIA

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 : CASA

Le : 06/11/1992

Signature de l'adhérent(e) :

CH

ANIS

## 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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

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

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.

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

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.

Signature et signature de l'Agence

## التعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثنتها بالوصفات المرسلة.

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

سيتم تعريض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه عذر أو تصريح كافٍ للاستادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التغطية من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سيق ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Date d'admission :

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref : ANAM 1-02-01

066680005

Ref : 610-1-02

Réf : ANAM 1-02-01

خاص بالمؤمن له (لها)



موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution\*

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : ...  
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ...  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  Lui-même  هو نفسه \*

العنوان : ...  
Montant des frais : ... درهم

Nombre de pièces jointes : ...  
05

## تصريح الطبيب المعالج

### Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : ...  
Tarihe al-azidat :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ...  
الجنس: \*

N° de la carte d'Identité Nationale : ...  
Sexe\* : ... M ذكر  F أنثى

## تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : ...  
نوع العلاجات

N° INP : ...  
تم تقديم الظرف المغلق\*:  Oui  Non

Type de soins  
Maladie\*  مرض\*  
Pour les enfants de moins de 12 ans  لا يقل عن سن 12 سنة  Pr confidentiel remis\*  Oui  Non

Maternité\*  امومة\*  Date de grossesse\*  تاريخ الحمل : ...  
Date prévue d'accouchement : ...  
التاريخ المرتقب للولادة : ...

Hospitalisation\*  استشفاء\*  Date d'hospitalisation : ...  
Tarihe al-astshfa : ...

Accident\*  حادث\*  Date d'accident : ...  
Tarihe al-hadath : ...

Causes de l'accident : ...  
أسباب الحادث : ...

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

Fait à : ...  
Le : ...  
Téléphone : ...  
Signature de l'assuré(e) : ...

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.  
لأني بعدها أصدقها وصحتها المعلومات المنقولة أعلاه.

Fait à : ...  
Le : ...  
Téléphone : ...  
Signature de l'assuré(e) : ...

توقيع وظيفي الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou du Etablissement de soins

العنوان : ...  
موعد المراجعة : ...

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي  
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب الممتعال Signature et Cachet du Médecin traitant
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

## Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب الممتعال Signature et Cachet du Médecin traitant
27/08/2022	[REDACTED]			2600	Dr HASSAN EL AMANI PROFESSOR AGAFIYE CLINIQUE SPECIALISEE URGENCES : 0523 32 90 00

CIM-10

## Actes Paramédicaux

العمليات المساعدين الطبيين					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
31/08/22	[REDACTED]		500 + 2	500 + 2	OPTI PLUS Dr MOHAMMED EL MAANI OPTICIEN ORTHOMETRISTE 251 Bd Mouscron El Maâni, Casablanca Tel: 0522 47 65 89 - 0522 4765 90 ICE: 000522152000070
			300x4	300x4	
			200/-	200/-	
INP : 0950 16 630					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النحو المغورت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/08/2022	212,60	PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abdesslam Tel: 022 84 45 38 - CASABLANCA
INP : 092032234		
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

**بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



**مديرية التأمين الصحي الإجباري**  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220920901943580

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢

Page : 1

**Identifiant de la famille**      **تعريف العائلة**

N° d'immatriculation : 161015725  
Règlement du mois : 09/2022  
Mode de paiement : Virement

**BEN MAKHLOUF SAMIR**  
**78 RUE ELKHOZAME HAY ERRAHA**  
**CASABLANCA 1600**

**Informations :**

**معلومات :**

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعرية المرجعية Tarif de référence	المعلم Coeff.	الكمية Quantité	أسس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
<b>BEN MAKHLOUF SAMIR</b>										
105327271	27/08/2022	CS	MME LAMARI HASNAA	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
105327271	27/08/2022	MON	MR DIOURI MOHAMMED	1 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
105327271	27/08/2022	VER	MR DIOURI MOHAMMED	1 200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
<b>Total remboursé pour SAMIR</b>										<b>420,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>420,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire PHN



المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض و جراحة العيون

**CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE**

Mohammedia le :

الدكتورة حسناء العماري  
**Docteur Hasnaâ LAMARI**

أستاذة في طب و جراحة العيون  
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Dr. HASNAâ LAMARI  
Professeur Agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

دكتورة حسناء العماري  
Dr. HASNAâ LAMARI  
Professeur Agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée Adultes et Enfants  
33 LOT SANIA  
MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 90 02  
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

**FACTURE**

M. BENTARHOUN

**CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE**

250dh

Deux cent cinquante dirhams

دكتورة حسناء العماري  
Dr. HASNAâ LAMARI  
Professeur Agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée Adultes et Enfants  
33 LOT SANIA  
MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 90 02  
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Il est interdit de changer la date de la consultation  
يمنع تغيير تاريخ الإستشارة



33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia

Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084