

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0035817

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0685 Société : 137255

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BEN MOUSSA / Bagholadi BANA

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN MOUSSA AZZ edine 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 : 14 NOV 2022

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) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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

 الضمان الاجتماعي +الكويت+المغرب <b>CNSS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  مرجع رقم 610-1-03
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *
N° Dossier :		
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		
Nom et prénom : <u>M. BENMOUSSA Azzedine</u>		خاص بالمؤمن له (ها)
N° Immatriculation : <u>2189828910</u>		الاسم العائلي والشخصي :
N° CIN : <u>B141111111</u>		رقم التسجيل :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوجة <u>X</u> <u>Benmoussa Azzedine</u>		ابن <input type="checkbox"/>
Adresse : <u>G. Résidence Al Firdous - Exp. Pte AZZAHOUY</u>		العنوان :
Montant des frais : <u>817.20</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <u>2</u>		عدد الوثائق المرفقة :
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>		
Bénéficiaire de soins		تصريح الطبيب المعالج
Nom et prénom : <u>M. Benmoussa Azzedine</u>		المستفيد من العلاج
Date de naissance : <u>10/11/1979</u>		الاسم العائلي والشخصي :
N° CIN : <u>B141111111</u>		تاريخ الإزدياد :
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **
Médecin traitant		Etablissement de soins
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية
<b>Type de soins</b>		
Admission ALD * :		قبول المرض المزمن * :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
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		
Fait à : <u>21/09/2019</u>		
Le : <u>[Signature]</u>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : <u>21/09/2019</u>		
Le : <u>[Signature]</u>		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Cas. G. Tél. : 05 22 22 01 00 - 05 22 22 01 01







	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		 <b>الضمان الإجتماعي</b> <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06 :
	<b>Référence structurée :</b> 221022910883437		<b>Emis à Casablanca le :</b>	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b>		<b>BENMOUSSA AZZEDINE</b> <b>RTE D'AZEMMOUR RES AL FIRDAOUS VILLA N[6</b> <b>CASABLANCA 1600</b>	
	N° d'immatriculation: 189828910 Règlement du mois : 10/2022 Mode de paiement : Virement			
<b>Informations :</b> <span style="float: right;"><b>معلومات :</b></span>				

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	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BENMOUSSA AZZEDINE										
076935031	23/09/2022	CS	MME KHAYAR BENJELLOUN LOUBNA	100,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	95,00
076935031	23/09/2022	KCC	MME KHAYAR BENJELLOUN LOUBNA	800,00	600,00	1,00	1,00	600,00	70	420,00
076935031	23/09/2022	PH	PHARMACIE SUP D ANFA	37,20	37,20	1,00	1,00	37,20	95	35,34
<b>Total remboursé pour AZZEDINE</b>										<b>550,34</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>550,34</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le :

23-09-89

الدار البيضاء، في :

12 Benmoulay Azouar

2) Vang 06 → extraction  
+ fenêtrage  
vitré 6/10  
prix 800 DHS  
(H+2 cent DHS)

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 23/09/2022 في: الدار البيضاء.

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

Benmouy

فريدية  
37/20  
Friede

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Facitalmic® 1% gel ophtalmique  
Tube de 3 g  
AMM N°184  
DMP/21/NRQ  
PPV: 37 DH 20 6 118001 200818

ARV  
Fand

235, شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89