

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19-0025273

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00685 Société : M9

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : N°

Nom & Prénom : BACHADADI Badia

Date de naissance : 19/01/2023

Adresse : 146338

Tél : 06 11510044 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 JAN 2023

Nom et prénom du malade : Complément

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 : 24/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Mlle. Bachadadi



# 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

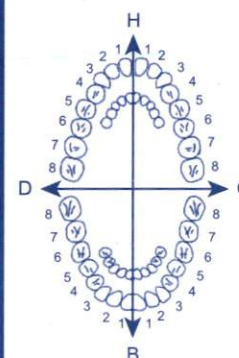
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412      21433552  
00000000      00000000  
D      G  
00000000      00000000  
35533411      11433553  
B

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي  
CNS

Casablanca, le 22/12/2022

الدار البيضاء، في

Direction de l'assurance maladie obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE ALAMANE  
MOHAMED EL HAYYANI,

CNSS  
998567983  
AMO

Réf : N° d'immatriculation : 189828910

Nom et prénom de l'assuré : BENMOUSSA AZZEDINE

Nom et Prénom du bénéficiaire : BENMOUSSA AZZEDINE

Utilisateur : R4981

**Objet : Attestation de prise en charge**

**الموضوع : شهادة التحمل**

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998567983 reçu le 21/11/2022 nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على ملفكم المتعلق بالنحمل رقم 998567983 والذي وافقتمونا به بتاريخ 2022/11/21 نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

Le bénéficiaire

BENMOUSSA AZZEDINE

المستفيد

Le montant accordé

12670 DH

المبلغ المعوض

La validité de prise en charge

du 16/11/2022 au 16/12/2022

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours 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 90 يوما 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 انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

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

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- Detail pharmacie sr lmr
- Resultats ana-path
- Compte rendu operatoire

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge



مصحدة الأمان  
Clinique Al Amane

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**

01587/22  
Du : 21/11/2022

Organisme de PEC : CNSS

NOM DU PATIENT : M. BENMOUSSA AZZEDDINE

SEJOUR : Du 16/11/2022 au 21/11/2022

**Montant ticket modérateur (dhs) 5 430,00**

Arrêt la présente à la somme de CINQ MILLE QUATRE CENT TRENTE DIRHAMS

Signature de l'adhérent

**CLINIQUE AL AMANE**  
39, Rue Mohamed Al Hayani  
France Ville - Casablanca  
Tél: 0522 25 38 72 / 0522 25 10 62  
Fax: 0522 98 88 94



# CLINIQUE AL AMANE



**FACTURE N° 01587/22**

CASABLANCA Le : 21-11-2022

Identification	
N° Dossier : 22K16150708	N°Identifiant : 003997/22
Nom & Prénom : M. BENMOUSSA AZZEDDINE	
C.I.N. : B411456	
Adresse : RES AL FERDAOUSSE NR 06 BD ABDELHADI BOUTALEB H.H	
Date Prise en charge :	

Organisme : CNSS
N° d'affiliation :
N° d'immatriculation : 18928910
N° Prise en charge : 998567983
Date Prise en charge :

Assuré
Lien avec l'assuré: Lui même
Nom Prénom : BENMOUSSA AZZEDDINE
Date Prise en charge :

Période d'hospitalisation
Date Entrée : 16-11-2022
Date Sortie : 21-11-2022

forfait							
Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
ECG		1	100,00			100,00	
K150		1	12 000,00			12 000,00	
SEJOUR EN REANIMATION		3	1 500,00			4 500,00	
PHARMACIE		1	1 500,00			1 500,00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DIX-HUIT MILLE CENT DIRHAMS						<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>18 100,00</b>
						<b>TOTAL ORGANISME</b>	<b>12 670,00</b>
<b>TOTAL ADHERENT</b>						<b>5 430,00</b>	

Banque	R.I.B
Attijariwafa Bank	007 780 0001291000000707 23

Facture Imprimer par : ADEL MEHDI

**CLINIQUE AL AMANE**  
39, Rue Mohamed AL HAYANI  
France Ville - Casablanca  
Tel: 0522 25 38 72 / 0522 25 10 62  
Fax: 0522 98 88 94



Agence : SIEGE  
Date : 21/11/2022

**Destinataire**

CLINIQUE ALAMANE  
39 RUE MOHAMED EL HAYYANI, QUARTIER  
FRANCE VILLE  
20000  
CASABLANCA

**OBJET : ACCUSE DE RECEPTION**

---

N°CNSS	: 189828910
N°Dossier	: 998567983
Type dossier	: Demande de prise en charge
Valeur du dossier	: 19900 Dhs
Nombre de pièces (y compris le formulaire et la prise en charge)	: 1
Bénéficiaire	: AZZEDINE BENMOUSSA

Nous vous informons que votre dossier est réceptionné et qu'il sera transmis au service concerné afin d'en étudier l'éligibilité au remboursement.

Dans le cas où un contrôle médical physique s'avérerait nécessaire, une convocation précisant le lieu et la date du contrôle vous sera adressée par courrier.

Nom du patient : BELMOUSSA AZZEDINE

1 / Date de constatation de la maladie :

16/11/2022

2 / Renseignements cliniques :

tumeur kystique gauche

3 / Traitement envisagé et actes :

Néphro mérectomie totale

4 / Durée prévisible du traitement :

CLINIQUE AL AMANE  
France Ville - Casablanca  
Tel 0522 25 38 72 / 0522 25 10 62  
Fax 0522 98 88 04

A

PASA

Dr. SAADALLAH A. Aoud  
Chirurgien Urologue  
101 Angle Bd Abdelmoumen  
& Bd Anoual - CASABLANCA  
05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

Cachet et Signature :