

# 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.

## 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)

M22- 0052337

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **EL KHALIFI 058** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL KHALIFI Ned**

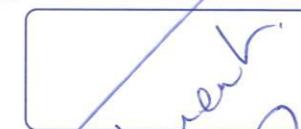
Date de naissance : **01.01.1943**

Adresse : **Jardins de Californie Bd de Fes Appt C19 CASABLANCA**

Tél. : **066 256 555** 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 : ..... **Contagieuse**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ..... **15 AOUT 2023**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... **ACCUEIL**

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) : ..... **ABOUFAKIB**



#### feuille de soins par personne et par

le soins doit être accompagnée de pièces justificatives originales (ordres médicaux, factures, ...).

prénom de la personne soignée portés par les praticiens eux mêmes euille de soins.

nances transmises doivent être  
es des codes à barres des  
s achetés .

de soins ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS ix mois qui suivent le premier acte si s'il y a traitement médical continu. Cet état, le dossier doit être présenté dans (60) jours qui suivent la fin du

irsement des frais engagés sera la base de la tarification nationale de

restations ne peuvent donner lieu au  
ment que suite à accord préalable.  
es dernières est disponible auprès de  
u CNSS.

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

ne coupable de fraude ou de fausse pour obtenir des prestations qui ne es, est possible des sanctions légales taires.

de remboursement prise par la  
abordonnée au respect des conditions  
ires et de ce qui précède.

دیم و رض احمدی بسته بدل مرض و بدل حدت.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

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

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعرية الوطنية  
المجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة  
المسقطة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كارات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة  
Signature et cachet de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

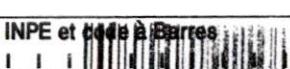
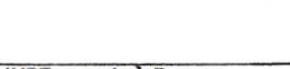
en de l'agent :

<b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b> <i>Le devoir de vous protéger</i>		<b>reçue de</b> <b>* موافقة مسبقة *</b> <b>Entente préalable *</b>	<i>Je... 126488699</i>	<i>Réf. - 610-1-02</i> <i>مراجع رقم</i>
<b>N° Dossier :</b> <i>126488699</i>				
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>				
<b>Nom et prénom :</b> <i>ANDALOUSS</i>				
<b>N° Immatriculation :</b> <i>11816117121</i>				
<b>N° CIN :</b> <i>E 88945</i>				
<b>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)</b>				
<b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>زوج</b> <input type="checkbox"/>				
<b>Adresse :</b> <i>Jardins de Califa</i>				
<b>Montant des frais :</b> <i>درهم</i>				
<b>Nombre de pièces jointes :</b>				
<b>Déclaration du médecin traitant</b>				
<b>Bénéficiaire de soins</b>				
<b>Nom et prénom :</b>				
<b>Date de naissance :</b>				
<b>N° CIN :</b> <i>1-1-1-1-1-1-1-1</i>				
<b>Sexe* :</b> <i>M</i> <input type="checkbox"/> <b>ذكر</b>				
<b>INPE et code à barres **</b> <i>09108098</i>				
<b>Médecin traitant</b> <b>الطبيب المعالج</b>				
<b>Type de soins*</b>				
<b>Hospitalisation</b> <input type="checkbox"/> <b>استشفاء</b> <input type="checkbox"/> <b>Maternité</b> <input type="checkbox"/>				
<b>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</b> <b>Fait à :</b> <i>Le : 1-1-1-1-1-1-1-1</i> <b>في :</b> <i>تونس - طرابلس -</i> <b>توقيع المؤمن له</b> <b>Signature de l'assuré(e)</b>				
<b>*126488699*</b>				
<b>*126488699*</b>				
<b>ACCUSE DE RECEPTION AMO</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Dossier remboursement Ambulatoire</b> <input type="checkbox"/> <b>Dossier remboursement ALD</b> <input type="checkbox"/> <b>Dossier ALD</b> <input type="checkbox"/> <b>Dossier EP</b>				
<b>Date de réception :</b> <i>02/08/2023</i> <b>DR SOHH - Agence Inara</b>				
<i>Signature et tampon du médecin traitant ou de l'établissement</i> <i>Signature et tampon du représentant de l'établissement</i> <i>Signature et tampon du représentant de l'établissement</i>				
<small>* Cocher la mention utile pour chaque case</small>				

التاريخ    actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
٢٠٢٣	٦٩		٣٠٠,٠	 <b>DR. TAMER HASSAN</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> <b>25 RUE EL HABIB BOURGEOIS</b> <b>DAHA - CASABLANCA</b> <b>Tel: 0522 20 00 00</b>
code à Barres	_____			
code à Barres	_____			

Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
ناریخ الاکت	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
code à Barres						
						
code à Barres						
						

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	وطابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiolo Biologiste
<b>INPE et code à Barres</b>				
_____				
<b>INPE et code à Barres</b>				
_____				

بيانات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	مع وظابط الحصيلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/07/2023	72,80	 <p>PHARMACIE CALIFORNIA ALI ALAM Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panoramique Casablanca - Tél: 0522 52 11</p>
INPE et code à Barres 	092017177	
INPE et code à Barres 		

<b>Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire</b>			
<b>Nature de la prestation</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Total</b>



**Docteur Tawfik Jellal**  
**Ophthalmologiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris  
 Ex Résident de l'Institut du glaucome de la  
 Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.  
 Membre de l'Institut Européen du Glaucome  
 MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

\* Angiographie  
 \* Laser \* Lentilles de contact  
 \* Champ Visuel Automatisé

**Agrée pour permis de conduire**

Casablanca Le : 27/07/2023



**الدكتور توفيق جلال**

خريج كلية الطب بباريس  
 اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
 تصوير الأوعية - علاج بالليزر  
 المجال البصري الآلي  
 العدسات اللاصقة

Conseil

A.S

28,80 Vitamine B 1cp le matin 1mois

Dans 6 2 goux

82,00 x 2 Siccavolut 1/3 1mois

T = 72,80

A.S

**PHARMACIE CALIFORNIE**  
**AL ALAMI**  
 Docteur en Pharmacie

435, Bd. Panoramique Polo  
 Tel: 0522.52.19.93

**Dr. TAWFIK JELLAL**  
 24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage - Casablanca  
 Tél : 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : [tawfikjellal@hotmail.fr](mailto:tawfikjellal@hotmail.fr)

24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير و مصطفى المعاني) الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

Siccaprotect® 

30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353

Siccaprotect® 

30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353