

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'obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour tous.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèse.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée sur la feuille de soins au moins 3 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@[mupras.ma](mailto:contact@mupras.ma)
- Prise en charge : pec@mupras.ma
- Adhésion et changement de statut : adhesio

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 1



Déclaration de Maladie

N° W19-483400

199882

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8763	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAIT BENAIT EL AOSTAFIA			
Date de naissance : 09-02-68			
Adresse : 5 Rue MAUSOLEE. Q. des hôpitaux CASA			
Tél. : 0661218711	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



RELEVE 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
.....	INF : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

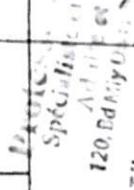
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصف العمليات المجرأة				Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المطلوب Montant facturé	توقيع وطبع الطبيب المطلع Signature et cachet du Médecin traitant
24/02/2024	CD		300	
INPE et code à Barres 092027937-1-1-1-1-1-1				
				
INPE et code à Barres 1-1-1-1-1-1-1-1-1				

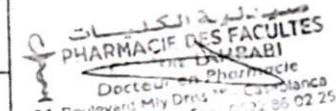
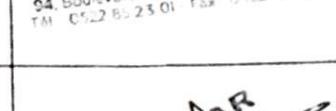
CIM-10

العمليات المعاذرين الطبيين						Actes Paramédicaux
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المطلوب Montant facturé	توقيع وطبع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1-1-1-1-1-1-1-1						
INPE et code à Barres 1-1-1-1-1-1-1-1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – deuxième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المطلوب Montant facturé	توقيع وطبع طبيب الأئمة أو الأخصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres 1-1-1-1-1-1-1-1				
INPE et code à Barres 1-1-1-1-1-1-1-1				

جريدة الوصلات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموزنة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المطلوب Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/02/24	188,00	 PHARMACIE DES FACULTES Dr. DABABI Docteur en Pharmacie 04. Boulevard Mly Dres 1 ^{er} Casablanca Tél: 052 85 25 01 - Fax: 0722 86 02 25
092027937-1-1-1-1-1-1 INPE		 BENKIA HAJAR 18, 08 56 38 77
092027937-1-1-1-1-1-1 INPE	2000,00	 BENKIA HAJAR 18, 08 56 38 77

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

BENKIA OPTIQUE 
 OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
 SPÉCIALISTE

7 Op, Annakhil Rahma -Etage MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca
 RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443
 ICE : 002721244000032

FACTURE N° 20640

BENKIA HAJAR
 Casablanca, le 08/03/2024
 Fix : 08 08 56 38 77

M <i>FADEL ASMA</i> Docteur :	
Monture : <i>OPTIQUE</i> <i>ASMA AIR Bleu</i> Verres : VL OD : <i>(-0,25 à 160)</i> OG : <i>(-0,50 à 5)</i> ADD VP OD : OG : Total : <i>2000,00</i>	
Arrêtée la présente facture à la somme de : <i>2000,00</i> <i>DR. Deneb Mihla</i> <i>DR.</i>	

Signature et Chachet

HAJAR BENKIA
 INPE: 095028411

BENKIA HAJAR
 Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil
 Errachidia Dar Bouazza
 Casablanca
 Fix : 08 08 56 38 77

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophthalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقاً بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

24 février 2024

Mme FADEL Asma

99,00

MAGMINE:

1 cp / jour le soir au coucher pendant 1 mois

89,00

VISIONLUX PLUS

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux,
, pendant 3 Mois

188,00

صيادلة الكليات
PHARMACIE DES FACULTES
Dr. M. DRIBI
Doctor en Pharmacie
94, Boulevard Mly Driss Casablanca
Tél: 0522 86 23 01 - Fax: 0522 86 02 25

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophthalmologie
et Ophtalmologie Pédiatrique
Rés. Dar Moulay Driss 1^{er} ét. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 Urgences: GSM : 06 61 08 06 18
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الشخص بالموعد:
إقامة دار مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 61 08 06 18

موقع الإلكتروني: www.prlailaraiss.ma

Site web: www.prlailaraiss.ma

magmine

Magnésium 300 mg
Vitamine B₆

SANS SUCRES, SANS SEL ET SANS GLUTEN

COMPOSITION

Par comprimé :

3 160929 905095

3 700822 601337
LOT

VISIONLUX[®]
PLUS

NOVAX[®]

(EN)

EYE DROPS

Lubricating ophthalmic solution with Sodium Hyaluronate and Vitamin B12



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مراجع رقم : 610-2-06

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	136196378	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 11/03/2024	من :	من
au : 11/03/2024	إلى :	إلى

Destinataire

FADEL ASMA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
FADEL ASMA											
128218068	24/02/2024	VER	OPTICIEN	1200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	09/03/2024	157,50
128218068	24/02/2024	MON	OPTICIEN	800,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	09/03/2024	157,50
128218068	24/02/2024	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	75,00	1,00	1,00	75,00	70,00	09/03/2024	52,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الإلكتروني على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال إلى المسان على الأرقام



24 février 2024

Mme FADEL Asma

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = (- 0.25 à 160°)

OG = (- 0.50 à 5°)

GENKIA HAJAR
5 Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil
Terrasse Dar Bouazza
Casablanca
Tél: 0522 86 38 77

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophthalmologie
Avant-garde Pédiatrique
120 Bd Moulay Driss 1^{er} ét. Casablanca
Tél: 0522 86 41 23/51 Gsm: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

الفحص بالوعود :
إقامة دار مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3
الدار البيضاء
Casablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

اللحمول: 05 22 86 41 23 / 51 Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Site web: www.prlailarais.ma