

# 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

- 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.

Maladie  Dentaire  Optique  A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1558 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : AKBIL ZAINA  
 Date de naissance : 15/09/77  
 Adresse :  
 Tél. : 0661143402 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfan  
 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'att médecin conseil de la Mutuelle.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 09/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



الضمان الإجتماعي  
+oK0&t +oE&t  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02 Réf.

Ref. ANAM : 1.201.01

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له ( لها )

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **OUAZZANE TOUHAMI M'HAMED**  
Nom et prénom :

رقم التسجيل :  
N° Immatriculation : **1011A1212A1N11\_1**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **13 1 2 4 8 6 4 5 1 2 8 1 2 8 1 6**  
N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) \*  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

العنوان : **10, rue ASPÉLITE BEN MATHOU, CASABLANCA**  
Adresse :

مبلغ المصاريف :  
Montant des frais : **درهم** Dhs

عدد الوثائق المرفقة :  
Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج  
Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي : **Ouazzani Touhani Wahid**  
Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom :

تاريخ الازدياد : **16 / 05 / 2005**  
Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
N° CIN : **1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1**

الجنس : \*  
Sexe : **M** ذكر  أنثى  F

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر \*\*  
INPE et code à barres \*\*

الطبيب المعالج  
Médecin traitant

المؤسسة العلاجية  
Etablissement de soins

نوع العلاجات\*  
Type de soins\*

مرض  Maladie  
حادث  Accident  
أمومة  Maternité  
استشفاء  Hospitalisation

أصح بمصادقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

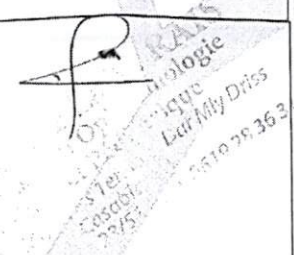
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Fait à : **CASA** ب :  
Le : **31 / 12 / 2024** في : **31 / 12 / 2024**

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

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

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\* أشطب الخانة المناسبة

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins ) ainsi que le code à barres  
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2188 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

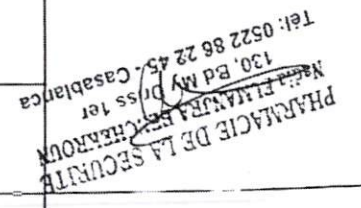
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
31/12/2021	Bullha		300		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	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	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
31.12.21	130.00			
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

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

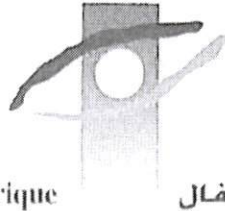
	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</p> <p><b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b></p> <p><b>AMO</b></p>	 <p>الضمان الاجتماعي التأمين الإجباري <b>CNSS</b></p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم : REF : 610 2 06 :</p>
	<p>Référence structurée : 220212423819695</p>	<p>Emis à Casablanca le : 03/02/2022</p>	<p>Page : 1</p>
<p>Identifiant de la famille تعريف العائلة</p>	<p>OUAZZANI TOUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034</p>		
<p>N° d'immatriculation : 131248645 Règlement du mois : 02/2022 Mode de paiement : Virement</p>			
<p>Informations :</p>	<p>معلومات :</p>		

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
OUAZZANI TOUHAMI MHAMED										
088965380	05/01/2022	VDS	MR AFILAL EL ALAMI IDRISSE MH	800,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
088965380	05/01/2022	PHN	PHARMACIE	15,30	15,30	1,00	1,00	15,30	00	0,00
088965380	05/01/2022	PH	PHARMACIE	278,80	282,80	1,00	1,00	282,80	70	195,16
088965380	05/01/2022	B	BIOLOGIE	2 026,00	1,10	380,00	1,00	1 518,00	70	1 062,60
<b>Total remboursé pour MHAMED</b>										<b>1 390,76</b>
OUAZZANI TOUHAMI WASSIM										
073681919	31/12/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
<b>Total remboursé pour WASSIM</b>										<b>105,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 495,76</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

**Professeur Laila RAIS**



**الأستاذة ليلي الرايس**

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

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

31 décembre 2021

Mr. OUAZZANI TOUHAMI Wassim

130.0  
HYFRESH COLLYRE



1/2 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

~~PHARMACIE DE LA STRADA  
Nadia ELMANAR, Pharmacie  
130, Bd Mly Driss 1er, Rés. Dar Mly Driss  
Tél.: 0522 86 22 45 - Casablanca~~



**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
120, Bd Mly Driss 1er, Rés. Dar Mly Driss  
Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23/51 | Gsm: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3<sup>ème</sup> ét. Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

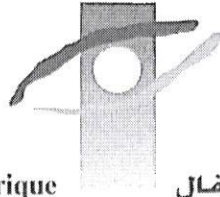
المحمول: 06 61 08 06 18 Urgences: GSM :

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web:

**Professeur Laila RAIS**



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

**الأستاذة ليلى الرايس**

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

31 décembre 2021

**Mr. OUAZZANI TOUHAMI Wassim**

Monture + verres correcteurs  
Antireflets

OD = - 2.00 (- 1.00 à 170°)

OG = - 2.00 (- 1.00 à 180°)

**Professeur Laila RAIS**

Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique.

120, Bd Mly Driss 1er, Rés. Dar Mly Driss  
Casablanca

Tél: 0522 86 41 23 / 51 Gsm: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez -vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3، Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma