

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-431654

12704

COUVRANT  
RB1

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2509

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHADMI AGFA

Date de naissance :

04/01/57

Adresse :

Tél. :

066.109.56.13

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 :

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 : 16/11/19

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431654

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

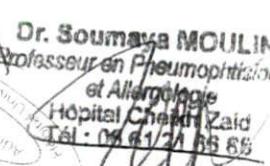
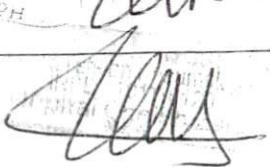
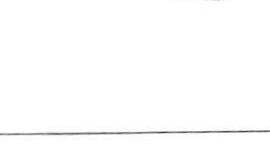
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 26533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
 Dr. Soumaya MOULINE Professeur en Pneumophtisiologie et Allergologie Hôpital Chedid Zaid Tél : 04 61 21 66 66					
 Dr. Soumaya MOULINE Professeur en Pneumophtisiologie et Allergologie Hôpital Chedid Zaid Tél : 04 61 21 66 66					
 Dr. Soumaya MOULINE Professeur en Pneumophtisiologie et Allergologie Hôpital Chedid Zaid Tél : 04 61 21 66 66					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	البلغ المفوت 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						العمليات الإحياء، الأشعة والصور
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	البلغ المفوت 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						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
نارخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	نارخ التنفيذ Date d'exécution	
04/11/19	₾ 519,30	04/11/19	₾ 519,30
09/11/19	₾ 14,80	09/11/19	₾ 14,80

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

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مُديريَّة التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 191190578124276

Emis à Casablanca le : 21/11/2019

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

SRAIRI ABDELILAH  
LOT IZDIHAR N[ 10 SID EL ABED SKHIRAT  
TEMARA 1204

N° d'immatriculation : 176440610

Règlement du mois : 11/2019

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
SRAIRI ABDELILAH										
069366508	04/11/2019	C	ETABLISSEMENT PRIVE	310,00	80,00	1,00	1,00	80,00	85	68,00
069366508	04/11/2019	PHN	PHARMACIE	111,90	111,90	1,00	1,00	111,90	00	0,00
069366508	04/11/2019	PH	PHARMACIE	422,20	408,00	1,00	1,00	408,00	85	346,80
<b>Total remboursé pour ABDELILAH</b>										<b>414,80</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>414,80</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Rabat, le : 04-11-1991  
SARAI ABDALLA  
Dr. S. Saranya  
Professor of Chemical Engineering  
Hypertension Research Center  
1986-87-88  
SARAI ABDALLA

11  
Sous  
Docfeur:

Hôpital Cheikh Zaid  
Royaume du Maroc

SPAIARI *Albido*

111

Up the mat at your x 10 times.

At 60°C  $2 \times 10^{-2}$   $\mu\text{mol} \times 10\text{ g/mol}$

Symbolic cat  $\rightarrow$  A bough  $\times$  3.

144109  
A of the solar

$$\text{Al} \text{ } \text{Ca}_3 \times \text{O}_2 \xrightarrow{\text{Heat}}$$

8) Difficult to make

1) ESCAL 80  
16/98

19.304 Docfeur

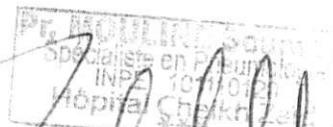


Rabat, le: 9/11/2019

Docteur: Pauline

M. Smaïl Abdellah

Indication Dolostop®  
14,80 mg en cas de doul



*Signature*

*14,80 f*



## DIRECTION REGIONALE

## RABAT SALE

AGENCE TEMARA

Le résultat de votre interview

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMG

PV

11M-PRO

64

100

### Autre :

N° CNSS:

N° DOSSIER (s) :

69366508

## Matricielle Collaboration

هادم حدا

Date: 13/11/81

لإطلاع على عدد الأيام المصرح بها  
ولتقييم ملفاتكم الخاصة بالتعويضات

الش gio الاقتصاد 080 26 30 100

و زیارة بیهانه المؤمن

www.cnss.mil

و تطبيق الهاتف الذكي MA CNS



مركز الاتصال  
080 200 7200  
080 203 1133

11