

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043592

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : HAT 6865 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HADDOU SAOUD
Date de naissance : 10/01/1966
Adresse : 15 RUE SOBBAN LEBRON RIVIERA CASO
Tél. : 06 63 07 2018 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 : CASO Le :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) : 19/12/19

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

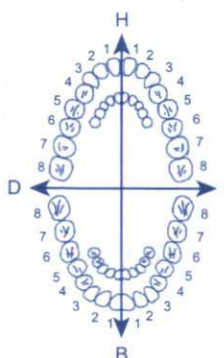
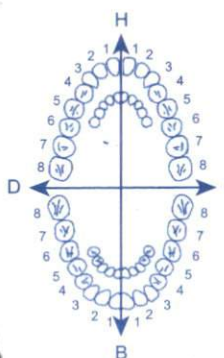
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

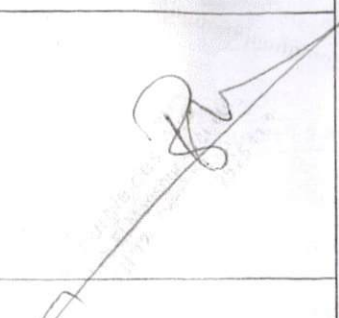
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

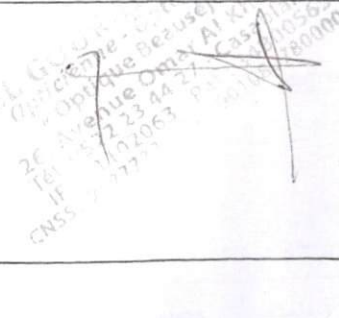
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

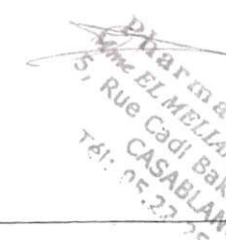
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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		
CS		250,00			
Barres 010104101					
Barres 010104101					

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين				مédicaux	
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	
1 point de Ltg			2900,00		
Barres 010104101					
Barres 010104101					

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 c Biologiste	
INPE et code à Barres 010104101					
INPE et code à Barres 010104101					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/c Fournisseurs des dispositifs médicaux		
14/10/19	200,00			
INPE et code à Barres 010104101				
INPE et code à Barres 010104101				

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

à suivre

ille de soins par personne et par

soins doit être accompagnée de pièces justificatives originales (médicales, factures,...).

énom de la personne soignée rtés par les praticiens eux mêmes le de soins.

ces transmises doivent être des codes à barres des hetés.

soins ainsi que les pièces vent être présentées à la CNSS ois qui suivent le premier acte y a traitement médical continu. as, le dossier doit être présenté (60) jours qui suivent la fin du

ent des frais engagés sera e de la tarification nationale de

ons ne peuvent donner lieu au e suite à accord préalable. ières est disponible auprès de S.

aux accidents du travail et nelles ne sont pas couverts.

ipable de fraude ou de fausse btenir des prestations qui ne passible des sanctions légales

mboursement prise par la ée au respect des conditions ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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 الشريطي للأدوية المشتركة.

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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>		<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Ma. Obligatoire</p>
<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>		<p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مرجع رقم: Réf. 610-1-02</p>
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>اص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Nom et prénom : GRANA AMINA</p>				
<p>N° Immatriculation : 11711265318</p>				
<p>N° CIN : JB 310101</p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>				
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/></p>				
<p>Adresse : 15, RUE JABAL HEBRI, RIVIERA, CASABLANCA.</p>				
<p>Montant des frais : 3373 Dhs</p>				
<p>Nombre de pièces jointes :</p>				
<p>Déclaration du médecin traitant</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p>				
<p>Nom et prénom : GRANA Amima</p>				
<p>Date de naissance : 11/11/1966</p>				
<p>N° CIN : JB310101</p>				
<p>Sexe : M <input type="checkbox"/> نكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins *</p>				
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/></p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 11/11/2019</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 11/11/2019</p>		

<p>توقيع وطابع الو</p> <p>Signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
---	--

Dr. Yasser BENSALAH



Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire

الدكتور ياسر بن صالح

اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة السياقة

14 septembre
2019

Mme GRANA Amina

26.00
LEVOPHTA 0.05 COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

CATIONORM

118.00
227.00
1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOURS, les deux yeux, 3 Mois

Pharmacie RIHAB
me EL MELIANE FASSI FHIR
Rue Cadi Bakkar - Maârif
CASABLANCA
Tél: 05.22.25.46.85

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub EL Mansour - 1^{er} étage - Bureau N°12 - Casablanca
Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

Dr. Yasser BENSALAH



Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire

الدكتور ياسر بن صالح

اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة السياقة

14 septembre
2019

Mme GRANA Amina

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.25 (- 0.25 à 84°)

OG = + 0.25

VP :

ODG = Add : + 2.00

Pharmacie RIHAB
me EL MELIANE FASSI FHIR
Rue Cadi Bakkar - Maârif
CASABLANCA
Tél: 05.22.25.46.85

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub EL Mansour - 1^{er} étage - Bureau N°12 - Casablanca
Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

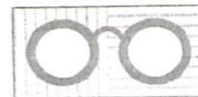
	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO			مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 191190851857569		Emis à Casablanca le : 26/11/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة		GRANA AMINAA 15 RUE JABAL HEBRI RIVIERA CASABLANCA 2041	
	N° d'immatriculation: 171126538 Règlement du mois : 11/2019 Mode de paiement : Virement			
Informations :				

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
GRANA AMINAA										
064236745	14/09/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
064236745	14/09/2019	VER	OPTICIEN	1 900,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
064236745	14/09/2019	MON	OPTICIEN	1 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
Total remboursé pour AMINAA										105,00
Total général remboursé										105,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

OPTIQUE BEAUSÉJOUR



Latifa EL GOURAINI
Opticienne - Optométriste

26 Avenue Omar Al Khayam
Galerie Beausejour - Casablanca
Tél.: 0522 23 44 27

I.F.: 51102063 - PAT: 34800565 - R.C.: 254026
CNSS: 2627737 - ICE: 001080780000032

Le: 01/10/19

FACTURE 0004175

M: CRANA Amine
Dr: BENJALAH

FOURNITURES	N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION	MONTANT
MONTURE		300,00
OD	<ul style="list-style-type: none"> - Verre torique x - Verre sphérique - Minéral - Organique x <p>431 progressif NIKON + SCUV Blue -</p>	1300,00
OG	<ul style="list-style-type: none"> - Verre torique - Verre sphérique - Minéral - Organique x <p>428 progressif NIKON + SCUV Blue -</p>	1300,00
(T.V.A. 20% Incluse) TOTAL:		2900,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
Deux mille neuf cents dh		
		Latifa EL GOURAINI Optique Beauséjour 26 Avenue Omar Al Khayam Galerie Beausejour - Casablanca Tél.: 0522 23 44 27 CNSS: 2627737 - ICE: 001080780000032