

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **taire :**

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.

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

Maladie

Dentaire

Complément  
13096

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent(e)  
HAI 6865

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

HADDOU SAOUD

Date de naissance :

10/01/1966  
15 Rue 58300 Tlemcen Riviera Casablanca

Tél. : 06 63 07 20 18 Total des frais engagés :

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

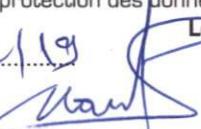
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 19/12/19



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES -

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

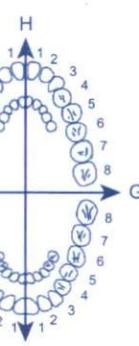
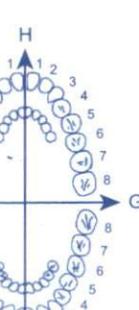
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 255334112 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

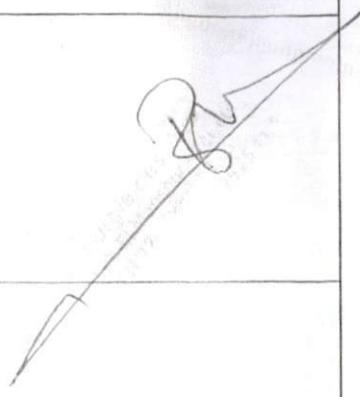
GA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

## des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

## العمليات الإحياء، الأشعة والصور

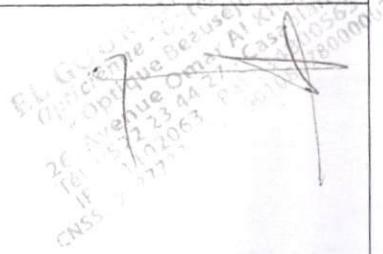
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
CS		250,00	
Barres	310104101		
Barres	1_1_1_1_1_1		

CIM-10

## édicaux

## العمليات المساعدين الطبيين

## الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
1 point de L66			2900,00	
Barres	310104101			
Barres	1_1_1_1_1_1			

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue et Biologiste
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

## توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/c Fournisseurs des dispositifs médicaux
10/09/19	203	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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

## Nature de la prestation Prix Unitaire Quantité Prix Total


## à suivre

tille de soins par personne et par soins doit être accompagnée de pièces justificatives originales médicales, factures,...).

énon de la personne soignée est 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 ie suite à accord préalable. ières est disponible auprès de S.

aux accidents du travail et innelles ne sont pas couverts.

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

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

توقيع وطابع الو  
Signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 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 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 للمساطر القانونية.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		Feuille de Soins Maladie		التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>		<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable		<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution	
Réf. 610-1-02					
اص بالمؤمن له ( لها )					
نº Dossier :					
Partie réservée à l'assuré(e)					
Nom et prénom : GRANA AMINA					
Nº Immatriculation : 17717265318					
Nº CIN : JB 3110100					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *					
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج					
Enfant <input type="checkbox"/> ابن					
عنوان : 15, RUE JABAL HEBRI. RIVIERA. CASABLANCA.					
بلغ المصاريف : عدد الوثائق المرفقة : تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات					
نام العائلي والشخصي : لاسم العائلي والشخصي : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس : *					
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **					
نوع العلاجات *					
<input type="checkbox"/> 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					
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca Le : 12/11/2019</p> <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه في: 12/11/2019</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca Le : 12/11/2019</p>			<p>اصرح بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه في: 12/11/2019</p>		

Dr. Yasser BENSALAH



الدكتور ياسر بن صالح

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

Ophtalmologiste

اختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط

محمد لرخصة السياقة

14 septembre  
2019

Mme GRANA Amina

LEVOPHTA 0.05 COLLYRE

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

CATIONORM

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

Pharmacie RIHAB  
Mme EL KELIANE FASSI FIHR  
RUE CADU Bakkar - Maârif  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.25.46.85

YB

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

22, Bd Yacoub El Mansour - 1<sup>er</sup> 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



الدكتور ياسر بن صالح

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

Ophtalmologiste

اختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط

محمد 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

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets  
VL : OD = + 0.25 (- 0.25 à 84°)  
OG = + 0.25  
VP : ODG = Add : + 2.00  
Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

YB

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

22, Bd Yacoub El Mansour - 1<sup>er</sup> 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  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 191190851857569

Emis à Casablanca le : 26/11/2019

Page : 1

Identifiant de la famille      تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 171126538  
Règlement du mois : 11/2019  
Mode de paiement : Virement

GRANA AMINAA  
15 RUE JABAL HEBRI RIVIERA  
CASABLANCA 2041

Informations :

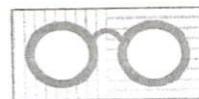
معلومات :

مرجع الاشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	المعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض 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
<b>Total remboursé pour AMINAA</b>										<b>105,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>105,00</b>

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  
INPE: 0970084  
M: GOURAINI Amine  
Dr: BEN YALAH

Le: 01/10/19

FACTURE 0004175

FOURNITURES	N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION	MONTANT
MONTURE		300,00
OD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verre torique ✕</li> <li>- Verre sphérique</li> <li>- Minéral</li> <li>- Organique ✕</li> </ul>	431 nikon + scuv 1300,00 blue -
OG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verre torique</li> <li>- Verre sphérique ✕</li> <li>- Minéral</li> <li>- Organique ✕</li> </ul>	428 nikon + scuv 1300,00 blue -
(T.V.A. 20% Incluse) TOTAL:		2900,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
Dix-neuf mille neuf cent dirhams		
<p>Optique Beausejour 26 Avenue Omar Al Khayam 0522 23 44 27 Casablanca 2627737 ICE: 001080780000032 INPE: 0970084</p>		