

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prendre en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

AS : 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](http://www.mupras.com)



86 976

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0002681**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2514 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TRAHI Med Date de naissance : 26/06/55  
Adresse : 10 CT Ried AL Andalous Res Almorca  
Tél. : 061 66 61 68 Total des frais engagés : 584,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2019  
Nom et prénom du malade : DEGBARI Houssein Age : 52  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DERMATOLOGIE RYK Enflammatoire  
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 : 27/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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

prénom de la personne soignée portés par les praticiens eux mêmes ville de soins.

ances transmises doivent être des codes à barres des achetés .

de soins ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS 6 mois qui suivent le premier acte s'il y a traitement médical continu. er cas, le dossier doit être présenté ante (60) jours qui suivent la fin du

sement des frais engagés sera a base de la tarification nationale de

stations ne peuvent donner lieu au ent que suite à accord préalable. s dernières est disponible auprès de CNSS.

liés aux accidents du travail et l'essioneelles ne sont pas couverts.

ne coupable de fraude ou de fausse our obtenir des prestations qui ne s, est passible des sanctions légales ires.

de remboursement prise par la rdonnée au respect des conditions s et de ce qui précède.

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 المشتراة.

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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل 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 للمسطار القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
تاريخ الإيداع Date d'arrivée:	تاريخ الاستلام Date d'arrivée:

الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger		مواصفة مسبقة Entente préalable *		تنفيذ Exécution *		مرجع رقم 610-1-02 - Réf
N° Dossier :						
Partie réservée à l'assuré(e)						
بالؤمن له (لها)						
عائلي والشخصي : <b>TRACHLI Mohamed</b>						
N° Immatriculation : <b>11-181-693621</b>						
N° CIN : <b>B380580</b>						
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *						
Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن						
Adresse : <b>10 Lot Rita KHAMIS Ag Almeria Califormie</b>						
Montant des frais : <b>584.60</b> Dhs						
Nombre de pièces jointes : <b>02</b>						
Déclaration du médecin traitant						
Bénéficiaire de soins						
عائلي والشخصي : <b>MEZZANI HANANE</b>						
Date de naissance : <b>10/01/1967</b>						
N° CIN : <b>3E408534</b>						
Sexe* : <input type="checkbox"/> M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى						
INPE et code à barres **						
Médecin traitant						
Etablissement de soins						
Type de soins*						
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						
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>21/02/2020</b> Le : <b>21/02/2020</b>						
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>31/12/2018</b> Le : <b>31/12/2018</b>						
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Signature de l'assuré(e)						
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de s						
* Cocher la mention utile pour chaque case						
** Accoler l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins ) ainsi que le code à barres						

العمليات 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
219	Consultation	300 DA		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Dr. Fadwa MALIAMI  
3ème Etage - Poste n° 0322  
CASA BLANCA  
87.47

CIM-10

ramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ Date	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					

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 Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
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
31/12/19	284,6	
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



Dr.  
**Fadwa  
Maliani**  
Dermatologue

Laser epilatoire  
Amincissement  
Mésotherapie  
Comblement  
Peeling  
Botox

الليزر لإزالة الشعر  
التنحيف  
الميزوتيرابي  
التجميل  
البوتوكس


الدكتورة  
**فدوى  
ملياني**  
أخصائية الجلد،  
الشعر والأظافر

## Ordonnance

Casablanca le :


31-12-2019

69,00x8 Mlle Trachy youmne

1. Tetracalysal 

1 cp / soir

146,60

2. Epi duo gel 

le nuit

3. Gonder l'ecran.

4. Gonder le crème hydratante

284,60

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouakoura-Maroc



TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouakoura-Maroc



DR. FADWA MALIANI  
Dermatologue  
Rég. des Rosiers N° 02 Appt A35  
3ème Etage - CASABLANCA  
Tél: 0522.59.67.47

تحت إشراف الوزارة  
Res. Rosiers II, Quartier El Omariya N°R02 3ème Etg Appt A35, Ain Chock - Casablanca

Connectez Vous :   [www.drmaliani.com](https://www.drmaliani.com) | Tel: +212 (0) 522 596 747

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 200393497067704	Emis à Casablanca le : 05/03/2020	Page : 1
<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة		TRACHLI MOHAMED 10 LOT RAYAD ANDALOUS RES ALMERIA CALIFORNIE CASABLANCA 2015	
N° d'immatriculation: 198693627 Règlement du mois : 03/2020 Mode de paiement : Virement			
<b>Informations :</b>			

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	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
MEGZARI HANANE										
071013158	31/12/2019	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
071013158	31/12/2019	PH	PHARMACIE	284,60	138,00	1,00	1,00	138,00	70	96,60
<b>Total remboursé pour HANANE</b>										<b>201,60</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>201,60</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان