

## 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.

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-600438

53920

Autres



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI

DOSTI FA

Date de naissance : 24-09-1957

Adresse : 3 RUE HAFID IRRAHID AP 3  
CASABLANCA

Tél. : 0661186986

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN BEN - ASNAIT Age : 32/6/19

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

Date : 30/12/2006

Signature de l'adhérent(e) :

660 21.89.56

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

Réf. 612.01.01

مرجع رقم: 610-1-02

## ons à suivre

une feuille de soins par personne et par événement.

Les soins doivent être accompagnés de justificatives originales (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de

Le prénom de la personne soignée doivent être les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de

ectus et les PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances transmises.

de soins ainsi que les pièces justificatives re présentées à la CNSS dans les deux mois qui premier acte médical, sauf s'il y a traitement intinu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du

versement des frais engagés sera effectué sur la tarification nationale de référence.

les liés aux accidents du travail et maladies mentales ne sont pas couverts.

préalable de la CNSS pour les prothèses et la prothèse faciale est nécessaire.

Personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas assisees des sanctions légales et réglementaires.

ion de remboursement prise par la CNSS est assise au respect des conditions réglementaires et de

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لك، مرض وكل حدث.

الضرورية (وصفات طبية، فوائر، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف حده سنتين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المتصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنبلة والتقويم السنبي الوجهي ضرورية. كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير منسنحة، سيعاقب طبقاً للمعابر القانونية.

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

توقيع وطابع الركالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب Directorate التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Nom de l'agent:

Date d'arrivée: تاريخ الإيداع:

Date d'arrivée: تاريخ الإيداع:

 CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	
	اتفاقية مسبقة Entente préalable	تفصيل Exécution
Feuille de Soins Maladie		
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

اتفاقية مسبقة  
Entente préalable

تفصيل  
Exécution

مرجع رقم: 610-1-02

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :  
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint  زوج  
Enfant  ابن

Adresse : 3, Rue HAFID EL BRASHTI Cité A GAGJLAN (1)

Montant des frais : 6550 د.د. Dhs.

Nombre de pièces jointes : 05

## تصريح الطبيب المعالج

## Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : 2miba el BENNANI ASMAH

1959

الإسم العائلي والشخصي :  
ناتrix الإزيداد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
الجنس \*:

N° de la carte d'Identité Nationale : 1A 134 4172

M  ذكر

F  أنثى

Identification du Médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans	مرض: * للأطفال أقل من سن 12	Pli confidentiel remis*: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الظرف المغلق
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة*: <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تاريخ الحمل
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشارة*: <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	التاريخ المرتفق للولادة
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث: * <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تاريخ الإستشفاء
		Date d'accident : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نارخ الحادث
		Causes : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	أسباب الحادث

أشهده بصفة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : 10/10/2014

Le : 10/10/2014

في: 10/10/2014

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصر بصفة وصفة المعلومات المكتوبة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 10/10/2014

Le : 10/10/2014

في: 10/10/2014

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP: Identification Nationale du Patient

\* Cela la mention utile pour chaque cas

اشطب الملايين المكتوبة

\* اشطب الملايين المكتوبة

نادي العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مناصل العمليات Lettre clé + Colation NGAP	نسبة التعامل Valeur clé	المبلغ المخفر Montant facturé	نوع وطاع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
19-10-2020	Dr	-	-	300	RAOUF ALI MEDICAL GROUP DENTAL CLINIC

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							الإيجابيات النشيطة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	نوع العمليات Nature des actes	نوع العميل Catégorie NCAP	نوعية التعامل Type de traitement	القيمة المعتبرة Valeur clé	المبلغ المعتبر Montant facturé	توقيع طبيب الأنشطة أو الإيجابيات Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [REDACTED]							
INP : [REDACTED]							
INP : [REDACTED]							

وصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفترض Prix Facturé	توقيع وطابع المسيدل أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/10/2020	150,00	PHARMACIE ELF AÏT 5 <sup>TH</sup> BD. KHALID IBNOU AIN SEBA CASABLANCA TEL 0522355938
INP : [REDACTED]		PHARMACIE 092023449
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

تاريخ العمليات Date des actes	Code des actes	Lettre clé+ Cotation NGAP	Valeur clé		
19-10-2020	01	-	-	300	300
<p style="text-align: center;">RUE TALMOUCHE INE BNOU ABBE INE CASABLANCA 102</p>					
CIM-10					
العمليات المساعدين الطبيين					

Actes Paramédicales		توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical			
تاريخ العمليات Date des actes	Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	التوقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
27/11/20		Antie Jes	6100	6100	PLANETE OPTICAL Opticienne et optométriste El Wakkak Angle Avenue du Maroc et Avenue Casablanca - 141-05 22 47 0279
INP : 091002880					
INP :					
INP :					
INP :					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		بيانات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
19/10/2020	150,00	PHARMACIE ELF AIZ 5' BD. KHALID IBN OUALI AIN SEBA CASABLANCA TEL. 0522355938	PHARMACIE 092023449		
INP :					
INP :					
INP :					

# Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE  
Diplômé de l'Institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE  
Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive  
( Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie )*

Casablanca, le lundi 19 octobre 2010

Patient : Madame Asmah BENNANI

HYLO-COMOD / 1 goutte 3 à 4 fois par jour, à renouveler en cas de besoin

150,00

15



4031626710369

URSAPHARM

PHARMACIE EL HIZ  
5<sup>e</sup> BD. KHALID IBN OUAJ  
AINSEBA CASABLANCA  
TEL 0522 355939

DR. BENNANI MED AMINE  
OPHTALMOLOGIE  
7, RUE IBNOU BABEK  
RACINE CASABLANCA  
0522.36.20.00

Bd Massira Khadra, Rue Ibno-Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca  
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Descri		Actes P	مجلات	Date d		P:			
	9-5								

Dr Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétrie - Présbytie  
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Patient : Madame BENNANI Asmah

Casablanca, le 19 OCT. 2020

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (150° -0,25) -0,75 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : + 1,50 , Addition + 2,75.

PLANETE OPTIQUE  
Opticienne optométriste  
1 Rue Abou El Waki Khale  
Angle Avenue du Phare Bourg  
Casablanca - Tél: 05 22 47 2

DR. BENNANI MOHAMMED AMINE  
OPHTHALMOLOGIE  
7, RUE IBNOU BABEK  
RACINE CASABLANCA  
0522 362 000 /02

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca  
• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariopta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

# Planete Optical

1, rue Abo  
wakt khalef  
&  
Angle avenue  
du phare

Quartier  
BOURGOGNE  
CASABLANCA

Tel: 022.47.22.79

022.47.22.30

Fax: 022.47.42.03

Patente :  
N° 35602337

Identification  
fiscale:  
N° 40517911

Registre  
du commerce:  
N° 286152

DATE : 27/11/20

FACTURE : /5649

## ZNIBER ASMAH EPSE BENNANI

Quartier	Nom	Qte	Désignation	P.U	Montant
BOURGOGNE	431	1	varilux confort crysal alysé	2300	2300
CASABLANCA	428	1	varilux confort crysal alysé	2300	2300
		1	monture	1500	1500

Total ----->: 6 100,00 Dhs

DC 001662200000078

### Arrêté la présente Facture à la somme de :

Six Mille Cent Dhs et Zéro Cts

PLANETE OPTICAL  
opticienne et optométriste  
1, Rue Abo El Waki Khalef  
Angle Avenue du Phare Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 47 22 79

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

Page : 1

Référence structurée : 201200983023281

Emis à Casablanca le : 24/12/2020

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

ZNIBER EP BENNANI ASMAH  
3 RUE HAFID IBRAHIM ETG 01  
CASABLANCA 2006

N° d'immatriculation : 100728157  
Règlement du mois : 12/2020  
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
<b>ZNIBER EP BENNANI ASMAH</b>										
067431680	19/10/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067431680	19/10/2020	MON	OPTICIEN	1 500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067431680	19/10/2020	VER	OPTICIEN	4 600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067435819	31/10/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	500,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067435819	31/10/2020	Z	RADIOLOGIE	1 000,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
067435819	31/10/2020	K	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70	70,00
067435819	31/10/2020	B	RADIOLOGIE	2 450,40	1,10	810,00	1,00	1 991,00	70	1 393,70
067435819	31/10/2020	B	RADIOLOGIE	800,00	1,10	600,00	1,00	660,00	70	462,00
067435819	31/10/2020	PH	RADIOLOGIE	613,80	613,80	1,00	1,00	613,80	70	429,66
067435819	31/10/2020	PHN	RADIOLOGIE	18,20	97,10	1,00	1,00	97,10	0,00	0,00
<b>Total remboursé pour ASMAH</b>										<b>3 580,36</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>3 580,36</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Référence structurée : 201200983023281

Emis à Casablanca le : 24/12/2020

Page : 1

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

ZNIBER EP BENNANI ASMAH  
3 RUE HAFID IBRAHIM ETG 01  
CASABLANCA 2006

N° d'immatriculation : 100728157  
Règlement du mois : 12/2020  
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	معامل	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
<b>ZNIBER EP BENNANI ASMAH</b>										
067431680	19/10/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067431680	19/10/2020	MON	OPTICIEN	1 500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067431680	19/10/2020	VER	OPTICIEN	4 600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067435819	31/10/2020	CS	MEDECIN	500,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067435819	31/10/2020	Z	SPECIALISTE	1 000,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
067435819	31/10/2020	K	RADIOLOGIE	200,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70	70,00
067435819	31/10/2020	B	MEDECIN	2 450,40	1,10	810,00	1,00	1 991,00	70	1 393,70
067435819	31/10/2020	B	SPECIALISTE	800,00	1,10	600,00	1,00	660,00	70	462,00
067435819	31/10/2020	PH	RADIOLOGIE	613,80	613,80	1,00	1,00	613,80	70	429,66
067435819	31/10/2020	PHN	RADIOLOGIE	18,20	97,10	1,00	1,00	97,10	00	0,00
<b>Total remboursé pour ASMAH</b>										<b>3 580,36</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>3 580,36</b>

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission