

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2011

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEKOUACHE Doudja

Date de naissance :

Adresse :

Télé : 06 67 21 62 30

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ARAKAS Nour S'sim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent : [Signature]



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 - 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	
	
	
	
	
	

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'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
15-09 2022			350DH		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الاحياء، الاشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاحياء او الاحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
15/09/2021		Echo-care	900,00		
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة
positifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و خاتم الصيدلي او موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15-9-22.	1767,00	<p>INPE</p> <p>092042456</p>
INPE et code à Barres		

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

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

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	تاریخ الإیمان:
Date d'arrivée :	

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 رهنينا 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 تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة *	تفقید *	Ref. ANAM 1202.01
Entente préalable*	Exécution*	مرجع رقم : 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ARRAS Aymen Edeline

N° Immatriculation : 117331312118

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : RESFATI ZHRAÏ, Angle ONAR EL KHAYAM, rue des Roses
HAY ZRATIA, Bousjour CASA.

Montant des frais :

₦ 3017,00 ₦ Dhs.

Nombre de pièces jointes :

17 13 (dix sept)

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe* :

INPE et code à barres :

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Type de soins

Admission ALD *:

N° dossier ALD :

Code ALD:

Maladie*

فرص المرض المزمن* :

Hospitalisation*

فرص المرض المزمن* :

استشفاء*

فرص المرض المزمن* :

Id :
Noureddine, Arras

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

15/09/2022 14:41:46

FC: 68 bpm

R_{RS}/S₁: 1.43/0.90 mV

RAPPORT NON CONFIRMÉ

PR: 166 ms

Sok-Lyon : 2.33 mV

Axe: 45/21/63 °

QRS: 98 ms

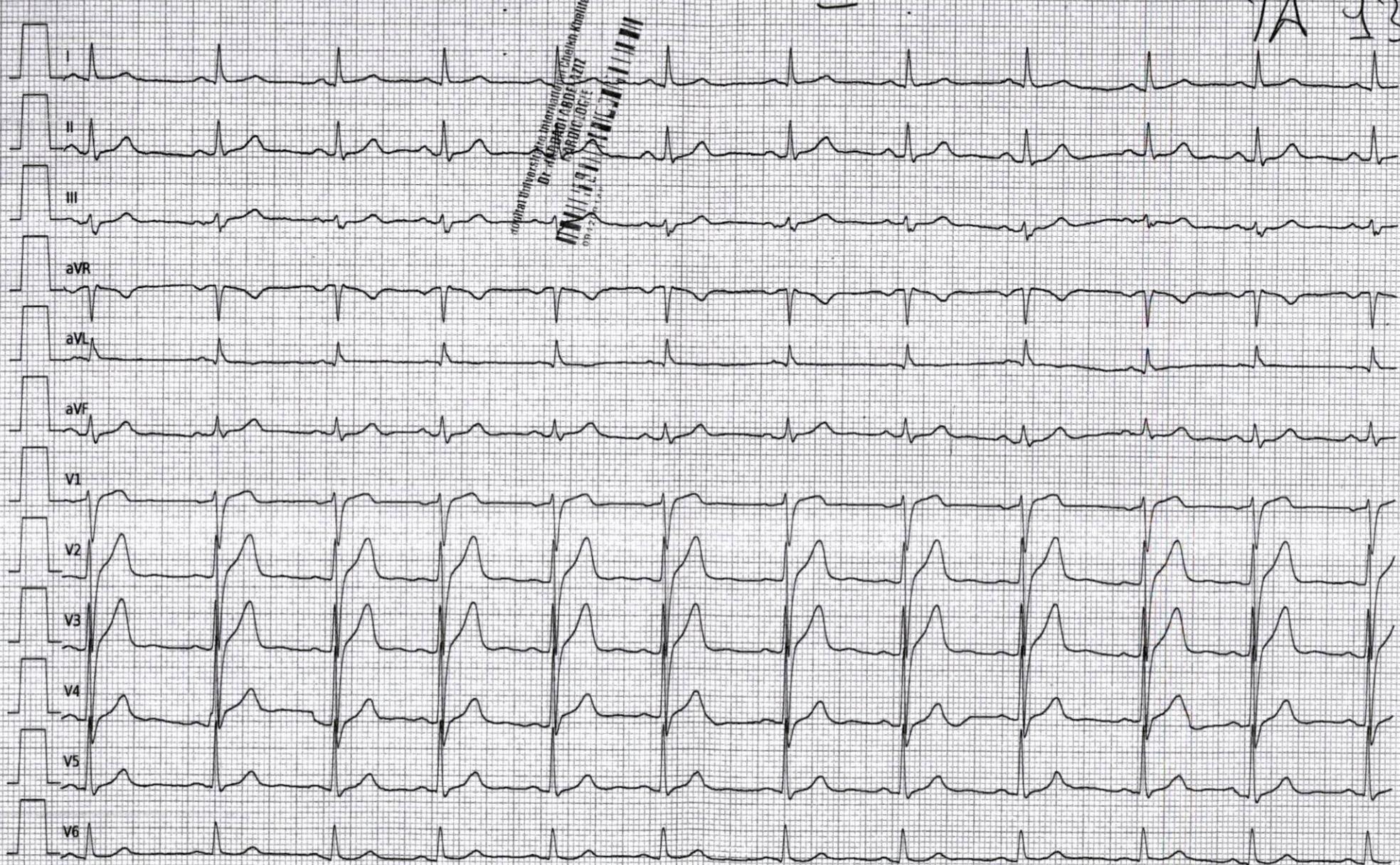
QT/QTcH: 390/404 ms

QTcB: 415 ms

QTcF: 407 ms

Nodal
=

TA 459169
TA 139 E



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **118 534 / 2022** du **15/09/2022**

Nom patient : **ARRAS NOUREDDINE**

Entrée **15/09/2022**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **15/09/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	350,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			350,00		350,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 748 / 2022 du 15/09/2022

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Entrée 15/09/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE (ECHOGRAPHI	1,00		900,00 Sous-Total	900,00 900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS	Total	900,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	900,00	900,00	0,00

Mohamed Khalifa Cheikh Universitaire Clinique
Consultation Cardiologie
Centre Universitaire Hassan II
Casablanca Marocaine

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
			مرجع رقم : REF : 610-2-06	
	Référence structurée : 221022549459013	Emis à Casablanca le : 03/10/2022	Page : 1	
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 173353212 Règlement du mois : 10/2022 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020		
	Informations :	معلومات :		

رÉference accusé de réception	مرجع الاشعار بالاستلام	Date de soins	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	Prestataires de soins	مبلغ المصاريF	التعريفة المرجعية	معامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
							Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE													
115940061	08/09/2022	CS		MR ZEMRAG JAAFAR		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50	
115940061	08/09/2022	KE		MR ZEMRAG JAAFAR		400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	81	162,00	
115940061	08/09/2022	Z		MR BENGELLOUN HASSANE		1 280,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	81	810,00	
115940061	08/09/2022	Z		MR BENGELLOUN HASSANE		1 000,00	640,00	1,00	1,00	640,00	81	518,40	
115940061	08/09/2022	B		LABORATOIRE BIR ANZARANE		1 673,20	1,10	230,00	1,00	1 353,00	81	1 095,93	
115940061	08/09/2022	PH		PHARMACIE MERYEM		27,50	27,50	1,00	1,00	27,50	81	22,28	
115940062	15/09/2022	CSC		MR HADADI ABDELAZIZ		350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81	202,50	
115940062	15/09/2022	KE		MR HADADI ABDELAZIZ		900,00	650,00	1,00	1,00	650,00	81	526,50	
115940062	15/09/2022	PH		PHARMACIE MERYEM		1 767,00	1 410,00	1,00	1,00	1 410,00	81	1 142,10	
Total remboursé pour NOUREDDINE													4 601,21
Total général remboursé													4 601,21

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفة
جامعة محمد الخامس

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL DE CASABLANCA
SOINS
Pharmacie Marocaine
Mine Ichlass Al-Sagha
19 bis Bd Ibn Khaldoun
Tel: 0522 26 24 24
ICE: 002600843000000
INPE: 092042456

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le:

15/09/22

M^r Arras Noureddine

294,00 x 3

1 - Cokelat 10/10f 18/1. Nali-

160,00 x 3
2 - Hemofan Duo Fr/boe

99,00 x 3
3 - Dr. M. 18/1. Soi

108,00

4 -

Sitakigotek
A boite

1767,00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

COVERAM[®] 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés

COVERAM[®] 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés

COVERAM[®] 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules

6 118001 380589

30 gélules

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg

30 gélules

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

Fabriqué par :



10 Prohladen kat str. Suhodol
1362 Sofia
Bulgarie

Propriétés :

Vitaminix Ostéo
PPC 108 DH

vitamix[®]
Ostéo
TD - 146 Ecodose[®] 49,5g

Lot N° : L101022
Date Expiration : 290224

09
09
52
50
AJR%

vita

3 800212 713487

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/10/2012 M. Arras Mohamed
 fabac actif
 AIA + AII + diphimidur
 Aoder stibbe-

Sx. CV + GIC I
 = Echo Cor

