

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01859 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANIS NED

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Rue G. n° 62 lot ATTADADOUNE

ELLFA - CASA

Tél. : 06 63 66 84 10 Total des frais engagés : #792 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation : 12/01/2022

Age:

Nom et prénom du malade:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lieu de parenté:

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 : CASA

Le : 16/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

خاص بالمؤمن له (٤)

الاسم العائلي والشخصي:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (٤)

ابن

زوج

Conjoint

N° CIN :

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

Enfant

Adresse :

العنوان

Montant des frais : ٧٩٢,٤٠ Dhs.

Nombre de pièces jointes : ٢

مبلغ المصروفات :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي:

تاريخ الإزدياد:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس: *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

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*

مرض *

Hospitalisation*

استشفاء*

Oui

Non

Fait à :

Le :

Toujours

Signature de l'assuré (e)

Bettach

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

Le :

Toujours

Signature de l'assuré (e)

Bettach

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

Toujours

Signature de l'assuré (e)

Bettach

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

Bettach

Bettach</

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
23/05/2022		3516 20)	400	Dr. MOUSTAFA CASABIA 13.8.2022
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				

CIM-10

Actes Paramédicaux

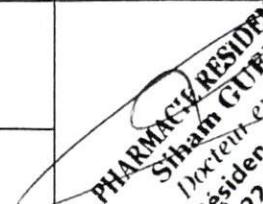
عمليات المساعدين الطبيين

Actes de Biologie, Radiologie et Imagefie

الأشعة و الصور

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

أو معون التجهيزات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet des Fournisseurs des di
23/09/2022	392,40 Dhs	
INPE et code à Barres 092050293		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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 : 221022549881668

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 172252712
Règlement du mois : 10/2022
Mode de paiement : Virement

BETTACH SOUAD
LOT ATTADAMOUNE RUE 6 N[62 ELOULFA
CASABLANCA 2000

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	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BETTACH SOUAD										
109935921	23/09/2022	CSC	MR SOULAMI SAAD	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	77	192,50
109935921	23/09/2022	PH	PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM	392,00	392,40	1,00	1,00	392,40	77	301,84
Total remboursé pour SOUAD										494,34
Total général remboursé										494,34

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur Holter

Patient:



دكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب وأمراض الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Bettache

Casablanca, 23 SEP. 2022

6 mois

Troubles - 1S

1/2 q étab

1/2 q san

Six (06) mois

1- 392.1008

C

**PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAM
Siham GUERRAOUI**
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annam - Oulfa
Tél.: 05 22 89 43 09 - Casablanca

356، زنقة مطافى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / **06 62 88 90 91** - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922