

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.

M22- 0047812

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1527*

Société : *SNM*

Actif Pensionné(e)

Autre : *SNM*

Nom & Prénom : *ABDELLAH*

Date de naissance : *10/06/1968*

Adresse : *10, Avenue Hassan II, Casablanca*

Tél. : *05 22 20 45 45* Total des frais engagés : *1000* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *10/06/2006*

Nom et prénom du malade : *ABDELLAH* Age : *40*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Maladie Chronique*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *Maladie Chronique*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Maladie Chronique*

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 : *10/06/2006* Le : *10/06/2006*

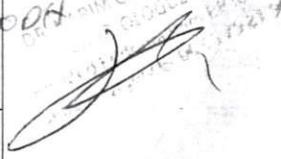
Signature de l'adhérent(e) : *ABDELLAH*

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
04/11/22	CS4ES		300,000 DT	
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

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
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 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

وصف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والتصوير

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 ou 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				

جريدة الوصفات التي تتنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé
04/11/2022	732,60
INPE et code à Barres 10920481281	
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

عيادة أمراض القلب والشرايين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

Dr. Karim CHERKAOUI
CARDIOLOGUE



الدكتور كريم الشرقاوى

القلب في أمراض اختصاصه

خريج جامعة الطب بادس، IV و V

طبيب داخلی سابق بمستشفيات باريس
طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي

ORDONNANCE

الدار السفلى Casablanca, le 04/11/2022

M. Kharbouch Daur

3 x 185,70

→ Götterlo

replic

3 mon

2) ⁵ Sarcoxyl

4 gouttes)

BT150

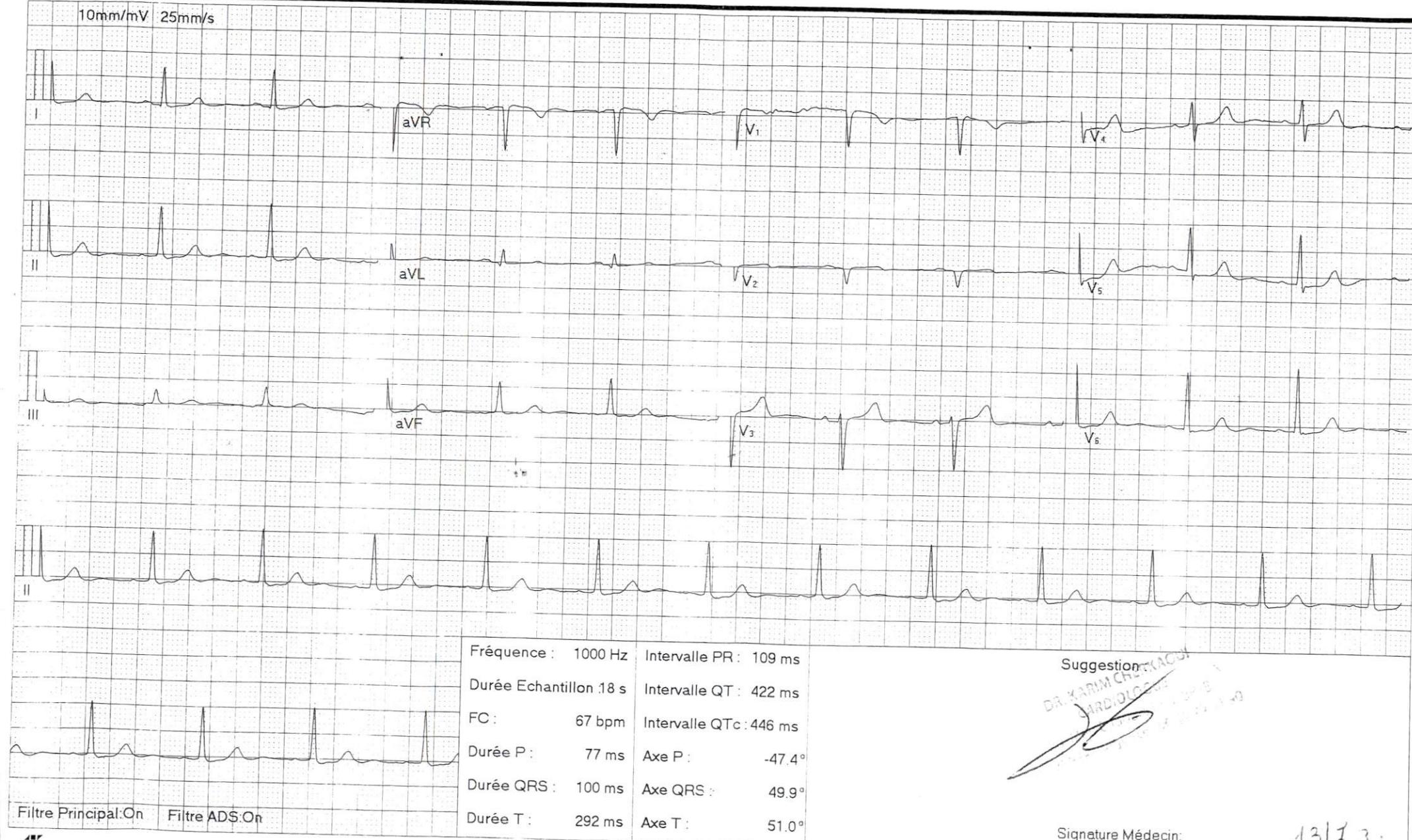
3) Nehit

1/2 qt. meat
1/2 qt. meat

3 months ~~closed~~ ~~closed~~ ~~closed~~ ~~closed~~

NOM:KHARBOUCH MALIKA ID: Sexe :Femme Age : Date :4-11-2022

10mm/mV 25mm/s



N° Immatriculation
155348822
Nom et prénom
KHARBOUCH MALIKA
Date de naissance
14/04/1957
CNI/Passeport/Séjour
B103400

Assurance maladie obligatoire

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
116048097	498.61	Payé	19/12/2022		Virement assuré

[Fermer](#)

« < 2022 > »

4527