

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

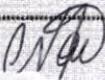
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

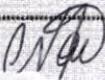
14905

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8763		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Natiboutim <input checked="" type="checkbox"/> nosmra
Nom & Prénom : Natiboutim <input checked="" type="checkbox"/> nosmra			
Date de naissance : 9-02-69			
Adresse : 5 Rue mausolee Q. des hopitaux			
Tél. : 0661218711		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 	
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :  Le : / /

de l'adhérent(e) : 

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INF : <input type="checkbox"/>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaleires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">36633411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	36633411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	36633411	11433553													
G															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Description des actes effectués

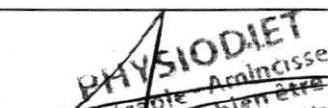
وصف العمليات المجرأة

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
٢٠٢٢/٠٨/٢٠٢٢			٢ Cotrol Cration	Dr. Achraf HADAN Traumatologue Orthopédiste 403, Résidence Assafaa, Appt Bd. Qasr Casablanca Tél.: 05 22 50 34 48
INPE et code à Barres _____				
INPE et code à Barres _____				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

التاريخ العمليات Date des actes	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
19/09/2022	Reçus Coton coton coton coton	110 100 80 80	10	100	 PHYSIODIET Kinésithérapie Amincissement Beauté et bien être 53, Angle Babylone et ex. Vesale Tél/Fax: 05 22 86 10 45
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصورة والمعنى

نوع العملية Date des actes	رمز العملية Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	الأشعة أو الإحياء Signature et Cache Bio
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

أو ممون التجهيزات

ناریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	Signature et Cache Fournisseurs des
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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مراجع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA
Le : 02/02/2023

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 136196378 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 03/01/2023 : من
au : 03/01/2023 : إلى

Destinataire

FADEL ASMA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعدل	الكمية	مبلغ التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
FADEL ASMA											
89374182	25/11/2022	AMK		750,00	50,00	1.00	5,00	250,00	70,00	03/01/2023	175,00
Total remboursé											175,00
Total général remboursé											175,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو طريق الهاتف

أو الاتصال بالمحظي الإلزامي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Physiodiet

Kinésithérapie- Amincissement- Beauté & Bien être

Asmaa El Azizi

~~KINESITHERAPIE~~
~~PHYSIODIET~~
Kinésithérapie - Amincissement
Beauté et bien être
53, Angle Babylone et ex. Vésale
Quartier des Hôpitaux
Tél/Fax: 05 22 86 1444

Date: 25/11/2022

FACTURE: 39/22

<u>Nom et Prénom</u>	<u>Diagnostique</u>	<u>Montant</u>
Yous FADEL ASMAA	Reéducation parentosse grave de la cheille droite	150 dh x 5 750 dh

a présente facture est arrête à la somme de :

Sept Cent cinquante dh

53 , angle rue Babylon et ex Vésale quartier des hôpitaux , Casablanca télifax :
+212522861045 N°patente 36346186 N° Identification Fiscal : 40419864

~~KINESITHERAPIE~~
~~PHYSIODIET~~
Kinésithérapie - Amincissement
Beauté et bien être
53, Angle Babylone et ex. Vésale
Quartier des Hôpitaux
Tél/Fax: 05 22 86 1444

Dr Achraf HADANE
Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence
(Rhône-Alpes- France)

الدكتور أشرف حдан
أخصائي جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي
فالانس . فرنسا

Casablanca le.... ٣٠.٠٣.٢٠٢٢
الدارالبيضاء في....

✓ FADEL AMI

Entorse grave de la cheville

droite depuis le 15-03-2022

Signe actuel de cette cheville

→ Réduction de la cheville
droite

223 sécu () mm.

Bd, Al Qods, Lot Essakane El Anik. Rés. Assafaa, Imm.403 Num 4 Casablanca
شارع القدس تجزئة السكن الأنيق، إقامة الصفاء، عمارة 403، رقم 4، الدارالبيضاء

Dr. Achraf HADANE
Traumatologue Orthopédiste
Résidence Assafaa, App. 4
403, Bd Al Qods - Casablanca
Tél: 05 22 50 34 48

Tél : 05 22 50 34 48 / 06 24 74 95 79 / hadaneachraf@yahoo.fr

Description des actes effectués				
نوع و مبلغ الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	البيان المفوتر Montant facturé	معلمات العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	نوع العمليات Date des actes
INPE et code à Barres _____				
INPE et code à Barres _____				
CIM-10				
Actes Paramédicaux				
نوع و مبلغ المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	البيان المفوتر Montant facturé	معلمات العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	نوع العمليات Date des actes
INPE et code à Barres _____				
et code à Barres _____				

عمليات المساعدين الطبيين

Signature et Cachet du Paramédical

PHYSIODIET

Kinésithérapie - Amincissement
53, Angle Babylone et ex. Vesale
Quartier des Hôpitaux
Tél/Fax: 03 22 86 10 45

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الأجهزة، الأشعة والصور				
نوع و مبلغ طبيب الأشعة أو الأجهزة Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	البيان المفoter Montant facturé	معلمات العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / HABM	رمز العمليات Code des actes	نوع العمليات Date des actes
INPE et code à Barres _____				
INPE et code à Barres _____				
هات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة				
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis				
نوع الصيدلية أو مورى التجهيزات Signature et Cachet du Pharm Fournisseurs des dispositifs	البيان المفoter Prix facturé	نوع التنفيذ Date d'exécution	طبيه	
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		
