

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1677 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JAFARI Mohamed

Date de naissance : 11-05-1949

Adresse : 7 Rue FRANKLIN Q GUTHIER

CASA 80000

Tél. : 0671 50 92 99 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : OUNESSA AICHA Age :

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

Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : OUI



#### **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 Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME  
Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل  
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية  
خريجة كلية الطب بباريس

M Dr NEJJAR Aicha

Casablanca, le : 30/01/23.

13 kg  
6,80 x 3  
36,00 x 19,3  
49,60 x 33.  
113,40 x 2  
180,60  
x 6 + 13 = 113  
13 kg  
6,80 x 3  
cout 1000  
1 cure forte  
Fenofrap 160  
Plias de chne 300  
low 6 mois

14 {  
" 25. {  
+ 1/24 {  
= 62,5 kg a jeun  
1 metin  
1 dose tous les 2 mois  
(mois 2 - 4 - 6)  
1 le soir, tous 2 jour  
1 midi

2 (73) Diflucen 50 1 gélule par semaine

145,00 x 2  
HARMACIE SOUKTANI CASABLANCA  
24 54 80  
11 Rue et Moutanabi-Casablanca  
0522 29 61 10

HARMACIE SOUKTANI  
CASABLANCA SARL AU  
1 Rue et Moutanabi-Casablanca  
0522 29 61 10

Dr. CARIOU - BELQADI Joelle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67  
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA  
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr



N° Immatriculation 111763134	Nom et prénom OUNEJJAR AICHA	Date de naissance 12/12/1960	CNI/Passeport/Séjour B445506
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire	Détail
112381321	Dossier de remboursement	06/02/2023	ZIRAOUI	12/12/2022	3654,8	OUNEJJAR AICHA	

« < > » 2023

#### DÉTAIL AMO

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
112381321	1186.5	Dossier archivé	20/02/2023		Virement assuré

 <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h3> <p><b>Feuille de Soins Maladie</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> موافقة مسبقة *          Entente préalable *       </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> تنفيذ *          Exécution *       </div> </div>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  مرجع رقم 610-1-02 <small>Réf. ANAM : 1.2.01.01</small>
--	--	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **OUNESS Aïcha** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **1111171613113141** رقم التسجيل :

N° CIN : **B 445506** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : **7, Rue Franklin** العنوان :

Montant des frais : **3654,80 Dhs** مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : **4** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **OUNESS Aïcha** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **11/11/1961** تاريخ الازدياد :

N° CIN: **B 4455101611** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M  ذكر F  أنثى الجنس :

INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*

INPE: 091039412 Médecin traitant الطبيب المعالج <i>Dr. CAROU - Etablissement</i>	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية <i>Maâni - CASABLANCA</i>
---	---

نوع العلاجات*					
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	مرض				

J'atteste <input checked="" type="checkbox"/> l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>11/11/2011</b> تفاصيل المؤمن له Signature de l'assuré(e)	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>11/11/2011</b> توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

- \*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186، 080 203 3333  
 CNSS\_Place de DAKAR \_ Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

\* أشطب الخانة التالية

**وصف العمليات المجرأة**

**Description des actes effectués**

نوع 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
12-12-22	C	-	8	DR. CAYOU - BRIOADI Jelle PHYSIOTHERAPEUTE 110, AV. DE LA LIBERTE Marrakech - CASABLANCA
INPE et code à Barres				
30.01.23	P	+	250,00	DR. CAYOU - BRIOADI Jelle PHYSIOTHERAPEUTE 110, AV. DE LA LIBERTE Marrakech - CASABLANCA
INPE et code à Barres				

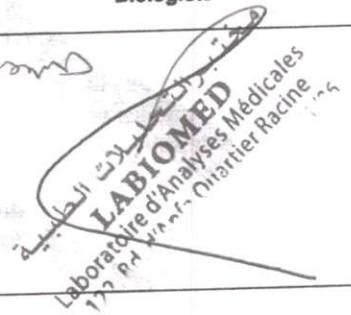
CIM-10

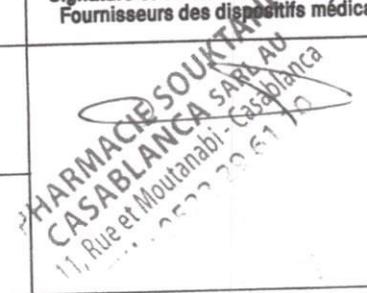
**عمليات المساعدين الطبيين**

**Actes Paramédicaux**

نوع 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
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحصائية، الأشعة والصور Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé		
12/12/22		B 690 + PC 15	1000		
INPE et code à Barres					
INPE: 093002061					
INPE et code à Barres					
INPE: 093002061					

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé		
30/01/23	2404,80		
INPE et code à Barres			
INPE: 093002054717			
INPE et code à Barres			
INPE: 093002054717			

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

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Hocine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 12 décembre 2022

Mme OUNEJJAR AICHA

FACTURE N°	44928
------------	-------

Analyses :

Triglycérides -----	B	60	
Calcium Plasmatique -----	B	30	
Vitamine D2-D3 (25 OH D) -----	B	400	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	200	Total : B 690

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15	
-----------	----	----	--

TOTAL DOSSIER 1 000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Dirhams

الطبية لابيوميد  
Labiomed  
L'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51/86

