

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 : 2826 Société : RAAM ABV608

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARINI AGUILA

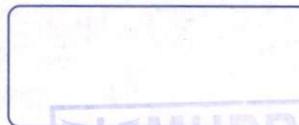
Date de naissance : 2/09/57

Adresse : RAAM, DÉPÔT CIN 3003, CASE 113, BOUZAKHANE, DAKAR, SENEGAL

Tél. : Total des frais engagés : 924,30 MM Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 :

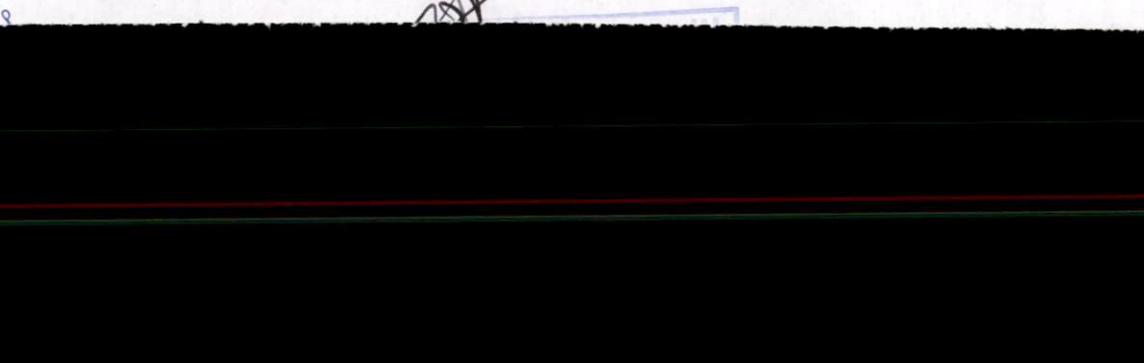
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : RAAM

Le : 29/05/2023

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'ODFP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the HGBS test setup. It features a central circle with a vertical arrow pointing upwards. Surrounding this center are eight numbered circles arranged in a circle, labeled 1 through 8. A horizontal arrow points from left to right, and a vertical arrow points downwards, both indicating a clockwise direction for the numbered circles.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي CNSS	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	أصدر ب :	Page 1 / 1							
	Le :	23/05/2023	بتاريخ :	الصفحة							
Nº d'immatriculation 160473718 رقم التسجيل Règlements de la période أذاءات الفترة du : 23/05/2023 من : au : 23/05/2023 إلى :		Destinataire BENCHERQI MOHAMMED									
										المرسل إليه	

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 استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنيلت	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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
BENCHERQI MOHAMMED											
98534459	12/05/2023	CNP	NEUROLOGIE	500,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70,00	23/05/2023	133,00
98534459	12/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	424,80	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	23/05/2023	297,36
Total remboursé											430,36
Total général remboursé											430,36

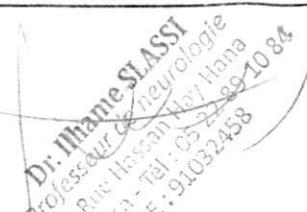
- Sauf erreur ou omission

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 لهيم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

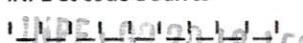
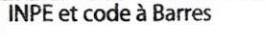
Date des actes	Code des actes		Entre le(s) et la(s) cotation NGAP	Montant facturé	Signature et cachet du praticien traitant
12/05/2013	CS			500DH	 Dr. Imane SIASSI Professeur de Neurologie 37, Rue Hassan II / Hana Casablanca - Tel: +212 52 99-1084 INPE: 91032458
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Actes Paramédicaux						العمليات المساعدات الطبيين
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						

INPE et code à Barres						

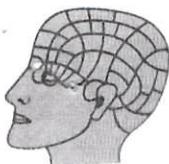
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تفصيدها والتجهيزات الطبية المعمونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	ممون التجهيزات Signature et Cach Fournisseurs de
٢٠٢٣/٥/٢١	٤٢٤,٨٠	
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	



12/05/2023

Casablanca, le

MR BENCHERQI MOHAMED

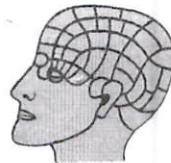
- 126,80
- No-dep 50 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, pendant 2 mois
 - Madopar 250 mg - comprimé quadrisécable
1/4 Comprimé, matin, pendant 3 jours Puis 1/4 Comprimé, matin, Après-midi,
pendant 3 jours Puis 1/4 Comprimé, matin, midi, soir, à distance des repas, pendant
6 semaines
- 98
- 424,80

Dr. Rhame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tél : 0522 89 10 84
INPE : 091032458

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84
INPE 091032458 ICE 002906584000082

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH
6 118001 050697





12/05/2023

Casablanca, le

MR BENCHERQI MOHAMED

• **Faire: Psychothérapie de soutien,**

Sd Park, insomnie, facteurs de risque vasc et relation patho au travail avec STRESS.
Relation patho avec ses enfants: inversion des rôles. Nécessité un changement
d'optique de rapport au travail de priorisation de sa santé, d'adopter une meilleure
hygiène de vie et de se prendre en main sans être pris en faute par ses enfants.. 10
séances

Dr. Ilhame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tel : 05 22 89 10 84
INPE : 91032458

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84
INPE 091032458 ICE 002906584000082