

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 de données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

8077

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

RAM

163587

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HANAFI BISSAM

Date de naissance :

30.06.1967

Adresse :

jet 11 lotissement BAYROUJI - Rue zhouzou
JAHIR - Bouzefne CASABLANCA

Tél. :

0661210764

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ABDALLAH RADOUANE

Age :

Nom et prénom du malade :

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.



ACCUEIL OUZACHANE

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/06/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

LISTE DES ACTES 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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

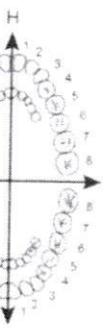
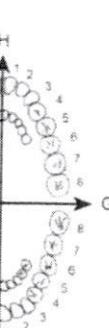
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ONF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1" data-bbox="1528 903 1756 1050"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
G																				
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

4 ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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
مرجع رقم :

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 110473031 رقم التسجيل
Règlements de la période
du : 24/05/2023 : من
au : 24/05/2023 : إلى

Emis à : CASABLANCA

أصدر ب : 24/05/2023

بتاريخ :

Destinataire

ABATAL RADOUANE

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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال 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
ABATAL RADOUANE											
114715910	13/05/2023	CG	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES LABORATOIRES D METABOLIQUES ANALYSES	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	24/05/2023	0,00
114715910	13/05/2023	B	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES PHARMACIES D METABOLIQUES OFFICINES	378,00	363,00	330,00	1,00	363,00	77,00	24/05/2023	279,51
114715910	13/05/2023	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	24/05/2023	115,50
114715910	13/05/2023	PH		2364,50	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	24/05/2023	1820,67
Total remboursé											
Total général remboursé											
2215,68											

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف

او الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Description des actes effectués

وصف العمليات المحرّاة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
13-5-2023 INPE et code à Barres 111111111111			930000	Docteur Zineb SLAOUI DIOURI ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa Tel: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063
16-5-2023 INPE et code à Barres 111111111111			Control Gastro	Docteur Zineb SLAOUI DIOURI ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa Tel: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 111111111111					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الأحياء، الأشعة و الصور				
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تارikh العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue CENTRE DE BIOLOGIE Dr Hicham OUZZANI TOUHAMI Dr Biologiste 394, Bd Zekhouni - Casablanca Tél: 05 22 27 49 96 - Fax: 05 22 27 49 13
٢٥/٢٣/٢٠١٥	٨٣٣٠		٣٧٨,٥٠	
INPE et code à Barres 01130P10001				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المغورت Prix facture	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16 - 05 - 2023	236458	PHARMACIE LA BRISE Dr. SEUASSI Nariés 38, Rue Abou Abass El Aziz Maârif Casa Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70 ICE: 0016881566000012
INPE et code à Barres 192140131215141		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

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



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/10mg B28
Cp Pel
PPV : 179.50 DH
6 118001 082032

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
بالموعد

Casablanca, le : 13.5.2023 الدار البيضاء، في :

MR ABATAL

Rabatane

Glycémie à jeun

HbA1c

Acide urique

Cholestérol total

LDL HDL

Triglycérides

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40 Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casablanca
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
IMPE: 091140393 - ISF: AN1697433000063

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580– ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 230500549

Casablanca le 15-05-2023

Mr ABATAL Radouane

Date de l'examen : 15-05-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0100	Acide urique	B30
0106	Cholestérol total	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
0134	Triglycérides	B60
	LDL calculé	B0
	NON HDL calculé	B0

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 378.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante-dix-huit dirhams .

*CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUARZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13*