

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.

N° W21-810321

168326

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 086 18

Société : Cas2Aera

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELBILIH NABIL

Date de naissance : 02/10/1971

Adresse : Habited

Tél. : 06 61 62 75 07

Total des frais engagés : 310,70 Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Bensouda Fadoua Age: 47

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Decompte

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 : CASA

Le : 13/10/2023

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

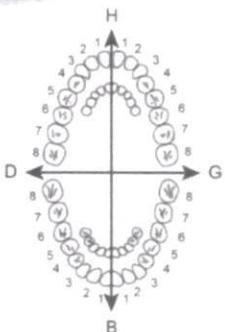
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

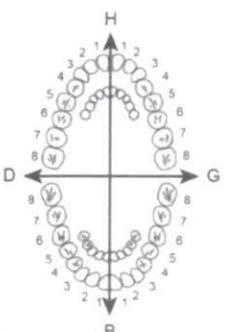
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 مرجع رقم : 610-2-06		
	Emis à :	CASABLANCA	أصدر ب :	Page 1 / 1		
	Le :	07/07/2023	بتاريخ :	الصفحة		
N° d'immatriculation 122260971 Règlements de la période du : 07/07/2023 : من au : 07/07/2023 : إلى		Destinataire BENSOUDA FADOUA			المرسل إليه	

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours 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 المصارييف	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
BENSOUDA FADOUA											
115639400	06/06/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES ANESTHESIE -REANIMATION	310,70	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	07/07/2023	209,00
115639400	06/06/2023	CG		0,00	0,00	1.00	1,00	0,00	95,00	07/07/2023	0,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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

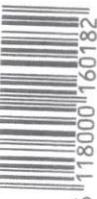
www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

PPU: 168,20 DH
LOT: 650910
PER: 11/24



AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
16 sachets



6 118000 160182

PPV: 39DH00
PBR: 12/25
LOT: LA179-2





Fès le, 06/06/2023
Lot 355, Jardins El Badié, Rte Ain Chkef - Fès

Médecin Traitant :

Nom & Prénom : Dr. Mme Ben Souda Fedoua

168,00

1) - Augmentin 1g x 14
14 x 31 j prof 08 j sans
88,00

2) - Curtec ep
10 j le com S.V. → 116

3) - Derma seph Gel lavant S.V. → 116
310,70 2 App x 81j

T=

INPE
092058460

Clinique Internationale Al Badié
Dr. LAFNAH MOHAMED
Anesthésiste-Réanimateur
Lot 355, Jardins El Badié, Rte Ain Chkef - Fès

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الإحيائية، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغوفر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres _____ _____ _____ _____ _____						
INPE et code à Barres _____ _____ _____ _____ _____						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	الثمن المفوت Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	310,70	6/6/2023
INPE et code à Barres  092058460		
INPE et code à Barres  11111111111111111111111111111111		

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

CIM-10

Actes Paramédicaux						Operations auxiliaires
Tarif des actes	Code des actes	Numéro de l'opération Lettre clé + Cotation NGAP	Nombre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical	Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

 الصندوق الاجتماعي pour tous CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref. : ANAM 1.02.01
--	---	---	--	---	---------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BENSOUADA FADOUA** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **1222609171** رقم التسجيل :

N° CIN : **151501811061_1** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : **3 lot h2dj F2 leh 6 ôtage 2 ouf la Casablanca** العنوان :

Montant des frais : **340,70** Dhs. مبلغ المصارييف :

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

Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom : **Bensouada fadoua** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **30/10/1976** تاريخ الإزيداد :

N° CIN : **151501811061_1** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفّر **

151501811061_1	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العالجية

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD * :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *		<input type="checkbox"/> Hospitalisation*	استشفاء* :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : CASABLANCA Le : 10/10/2013	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه في :	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 10/10/2013
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		
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.

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء - 2186 - م. 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333