

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : **685** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BenMOUSSA AZZEDINE**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **BenMOUSSA AZZEDINE** 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 :

Le : / /

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 - RADIOPHARMACIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

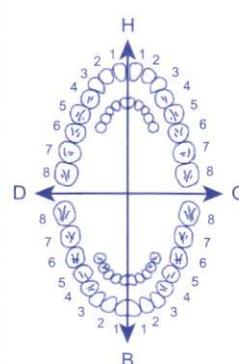
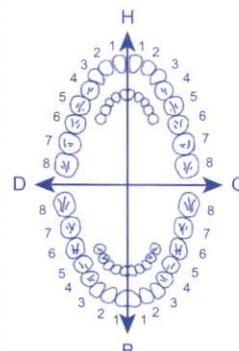
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

06.14-51-04-14.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المنشورة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل مسبق ذكره.

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة * Entente préalable*	تنفيذ * Exécution*
	R.F. : 610-1-03	
	R.H. : ANAM 12.02.01	

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Mr. BENMOUSSA AZZEDDINE

الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 189838910

رقم التسجيل :

18411446

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج Enfant ابن العنوان : *El Hotel de la Poste - Ex Résidence*

Adresse : *Vi Lhano 6. H - H - CASA.*

مبلغ المصارييف :

Montant des frais : 12,000.00 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :

X3

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق *

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Mr. BENMOUSSA AZZEDDINE

0910974891

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe* :

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

091121651

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

1111111111111111

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن : *

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

الاستفادة *

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

24/01/98

Code ALD:

1111111111111111

Maladie* مرض *

Hospitalisation*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

شهد بصحبة كل مانع اعلاه

Fait à :

ب: في:

Le: 11/11/14

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le: 11/11/14

أصرح بمصداقية وصحة

المعلومات المذكورة أعلاه

ب: في:

Date des actes	Code des actes	Cotation NGAP
24/10/12023	✓gir du Facture	12.000 Dhs
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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 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

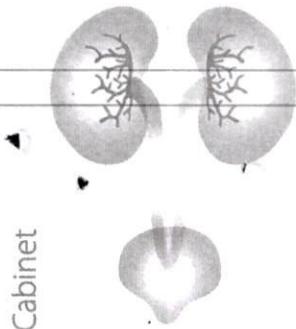
000189828988		بيان الدوري لتعريفات التأمين				مديرية التأمين الصحي الإجباري	
		Relevé périodique des prestations AMO				Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Rât : 0,0 2,00	
		Date à Le : 24/02/2023		Page : 1 / 1		الصفحة	
N° d'assuranciation Réglement de la période du : 23/02/2023 au : 23/02/2023		Numéro de dossier Actes		Destinataire		الموسى آزدين	
189828910		نوع التسجيل نوعات الفرز		BENMOUSSA AZZEDINE			

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

نجدون أدناه ملخص تمويلات التأمين الصحي الإجباري التي استفاد منها خلال الفترة المشار إليها أدناه.

نوع الدفعت	التاريخ	المطبف	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة	نوعي المدحنة								
Numéro de dossier : BENMOUSSA AZZEDINE																			
81072871 24/01/2023 K023 UROLOGIE 6000,00 1000,00 1,00 1,00 1000,00 100,00 23/02/2023 850,00																			
81072871 24/01/2023 K101 UROLOGIE 6000,00 1000,00 1,00 1,00 1000,00 100,00 23/02/2023 950,00																			
										Total remboursé		مجموع مبلغ التمويل		1900,00		Total général remboursé			
										مبلغ التمويل الإجمالي		1900,00				ما هنا خطأ في سيلان			

- Sauf erreur ou omission



Cabinet

SAADALLAH
U R O L O G I E

Chirurgie et endoscopie des reins et des voies génito-urinaires,
Coelioscopie urologique • Echographie urologique,
Lithotriptie extracorporelle • Stérilité masculine,
Impuissance sexuelle • M.S.T. • Circoncision • Enuresie de l'enfant

Dr. Saadallah Khalid
Chirurgien • Urologue

FACTUR

NOM /PRENOM :	BENMOUSSA AZEDDINE
LE 24/01/2023	

PRESTATION	UNITAIRE	TOTAL
URETROTOMIE +CYSTOSCOPIE	1	12,000DH
	TOTAL	12.000DH

Dr. SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
N°1 Angle Bd Abdelmoumen
& Bd Anoual CASABLANCA
05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

URGENCES : 06 62 33 64 36

Immeuble Abdelmoumen Center, 24 aile Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1er étage,
N°101, Casablanca. • Tél. : 05 22 86 33 99 • Fax : 05 22 86 59 91 • E-mail : saadallahkhalid@yahoo.fr

Dr. SAADALLAH Khalid
Chirurgien urologue

Cœliochirurgie urologique
Chirurgie urologique adulte et enfant
Cancérologie urologique
Chirurgie de l'incontinence urinaire
Traitement de la prostate par laser Green Light
Traitement des calculs urinaires au laser Holmium
Enurésie chez l'enfant
Circoncision masculine – AMP
Impuissance sexuelle
Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

الدكتور سعد الله خالد

جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلي
فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار
للكبار والأطفال
تفتيت حصى الكلي والمسالك البولية
بأشعة ألمبيوم لبزور
جراحة البروستات بأشعة غرين لait
علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال
علاج الأمراض التناسلية
علاج التبول الإرادي عند الأطفال
جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le: 24.01.2023
3

Dg: Hématurie persistante caillotante
chq — patient opéré pour
Tumeur de la Voie excretice gch.
(Nephro-urectomie gche) +
sténose de l'uretre
gesti: d'retro forme +
de contrôle. sans cystostomie

Dr. SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
10 Angle Bd Abdelmoumen
Bd Anouar CASAB. 101
Tél: 05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91