

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

17416 M23-010342

Complémentaire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DEN KADMIR MOSTAPHA

Date de naissance : 23-06-1954

Adresse : 19, rue BAALABAK ETG 2 N°6 BENJADIS - CASA 2010

Tél. 06 73 30 33 63 Total des frais engagés 200+2425,70 + 130 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENTAIRE

Date de consultation : 20/07/2023

Nom et prénom du malade : DUDADES FOUZIA Age : 68

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Benjadjis

Le : 06/10/2023



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

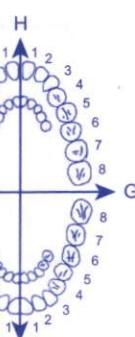
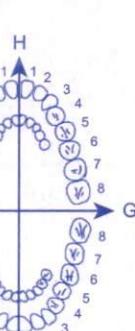
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

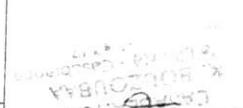
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués					تصف العمليات المجرأة
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitem	
20/07/23		C	200.00		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الانشطة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او البارياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					

INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			نر الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
20.07.23	113.30		
INPE et code à Barres 			
20-07-23	242570	 	
INPE et code à Barres  092045483			

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

Mobic 15

61,50 X 6
34,40 X 1 18 | 2 }
Aulcer fel 20 } X 03
102,00 X 1 1 gel Soir } min

Januset 1000/50

1 0 1

437,00 X 2

X

min

total = 248,51,-

A

Dr. Abdelfettah IDRISI KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire



الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلل لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السافة

الذراليضاء، في:

Casablanca, le 20/07/23

MARNAIE NOUVELLE

29/07/23 CASABLANCA

28/07/23 LIBERTY Casablanca

Tél : 05 22 31 47 17

H 101318

Oudades

- Anxiol 6mg (ou Zepam 6mg)
36,70 Dhs

- Depakine 500 mg
113,30 Dhs 1 06/08/23
113,30 Dhs 1 28/07/23 (1A)
1 10/08/23 (1B) X

- Stilnox 1G Soit
114,50 Curaflex 151g

4

شارع GHZ3B PO: 35 مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء

3, Imm PO : 35, GHZ3B, OP EL firdaus - El Alifa - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : kaitouni@hotmail.com







RELEVE_23819...

000160184165

 CNSS الصندوق الاجتماعي لضمان康復和 التأمين	بيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO	منبرة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf.: 610-2-06 مرجع رقم: 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 30/08/2023	أصدر ب : التاريخ :
	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation : 160184117 Règlements de la période du : 30/08/2023 : من au : 30/08/2023 : إلى	رقم التسجيل نهايات الفترة OUDADES FOUZIA	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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم العقد	تاريخ العلاج	العنفات	مقدار الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المحددة	العائد	الكتبة	لسن	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإذاء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUDADES FOUZIA											
115884420	20/07/2023	C	MÉDECINE GÉNÉRALE	200.00	80.00	1.00	1,00	80.00	70.00	30/08/2023	56.00
115884420	20/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	2539.00	0.00	1.00	24.00	0.00	0.00	30/08/2023	1503.25
Total remboursé											
Total général remboursé											
1559,25											

- Sauf erreur ou omission

. ما خطأ لو نسبون .

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	تزيد من المعلومات: يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو الزيارة الإلكترونية للرسائل لهم أو تحويل الهاتف أو الاتصال بالشخص الذي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الحصول على الأرقام
www.csns.ma www.csns.ma/Portail/ « Ma CNSS » 080 203 3333 / 080 200 7200	www.csns.ma www.csns.ma/Portail/ « Ma CNSS » 080 203 3333 / 080 200 7200