

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23- 0028709

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1798 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABUANE BOUSTAFIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 12 25 80

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: Enfant

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

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 : Laja

Le : 11/09/2023

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

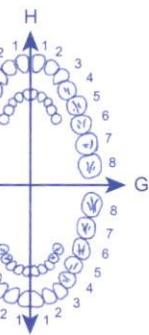
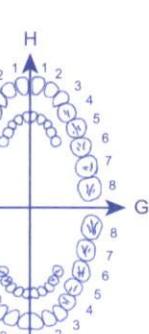
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**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 :

Emis à : CASABLANCA
Le : 15/08/2023

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 154502333
Règlements de la période
du : 15/08/2023
au : 15/08/2023

رقم التسجيل
أذاعات الفترة

من :
إلى :

Destinataire

EL MECHRAFI AZIZA

المؤهل 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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العلومات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	النوعية 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
EL MECHRAFI AZIZA											
114718319	26/07/2023	V2	GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	190,00	1,00	1,00	190,00	77,00	15/08/2023	146,30
114718319	26/07/2023	ECHO	GASTRO-ENTEROLOGIE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	15/08/2023	154,00
114718319	26/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	386,30	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	15/08/2023	106,41
114718320	25/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	40,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	15/08/2023	0,00
114718320	25/07/2023	CS	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	15/08/2023	115,50
114718320	25/07/2023	ECHO	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	15/08/2023	154,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					676,21
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					676,21

- 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 بالمحبيب الذي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو التفضل على الرقم

Description des actes effectués

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
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	
26.07.23			512	300	 Dr. SEFFRAOUI M.A.C.I Hépatologue Gastro-Enterologue 175, Rue Boukraâ - Casablanca Tel: 05 22 27 78 18 INPE: 091127209
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux

العنوان	رقم الملف	نوع العملية	العمليات	الوقت	المبلغ	توقيع و طابع المساعد الطبي
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المقدار Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						

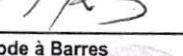
CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طبع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
26-07-73		Edu 230	400	 Dr. SEFRAOUI Maher Hépatologue Gastro-Entérologue 175, Rue Boukraâ - Casablanca Tél: 05 22 27 78 18 INPE: 09 11 27 209
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

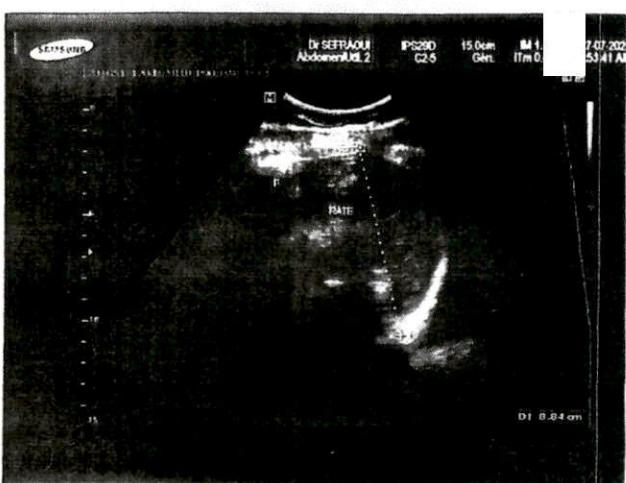
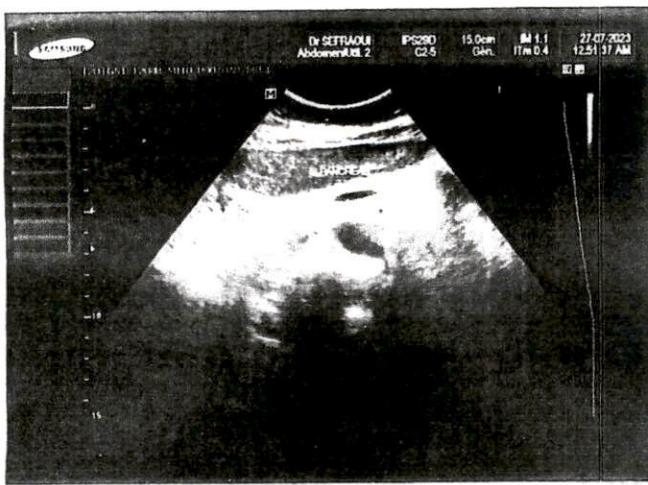
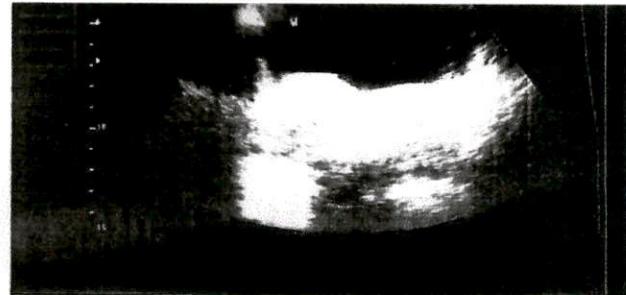
جدول الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	Taux de la TVA	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/7/23	38630	 PHARMACIE LA MARINA N° 42 Avenue Hassan II Casablanca - Tel. 05 22 20 28 67
INPE et code à Barres  092039189		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



Dr Mohamed Maher SEFRAOUI
Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

- Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis
(Hémorroïdes, maladies anales...)
 - Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris
- Vidéo-endoscopie digestive
Echographie

الدكتور محمد ماهر الصفراوي
اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي
· خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج
· طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط
و في مستشفى ليوپولد بلان باريس
التخيص بالمنظار الداخلي
الكشف بالصدى

Le 26-07-23

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Mme ELMECHRAFI AZIZA

FOIE : De taille normale, homogène, à contours réguliers

VESICULE BILIAIRE : Paroi fine, alithiasique

TRONC PORTE : Calibre normal 10 mm

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE : Fine.

PANCREAS : Homogène, de taille normale.

RATE : Homogène, de taille normale (8,5cm).

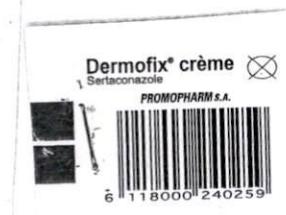
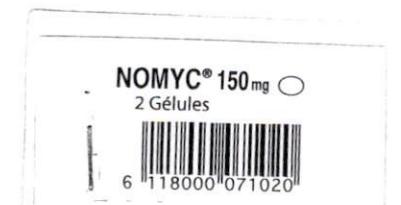
REINS DROIT ET GAUCHE : Bonne différenciation cortico-médullaire.

Pas de dilatation pyélo-calicielle, présence d'un kyste médio-rénal gauche de 33 mm

Pas d'ascite.

CONCLUSION : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE
KYSTE MEDIO-RENAL GAUCHE CONNU

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Enterologue
175, Rue Boukraâ Casablanca
Tél: 05 22 27 78 18
INPE: 09/12/2009



Dr Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

- Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis
(Hémorroïdes, maladies anales...)
- Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris

*Vidéo-endoscopie digestive
Echographie*

الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المغز

طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط

وفي مستشفى ليوبولد بلان بباريس

التشخص بالمنظار الداخلي

الكشف بالصدى

Le 26-07-23

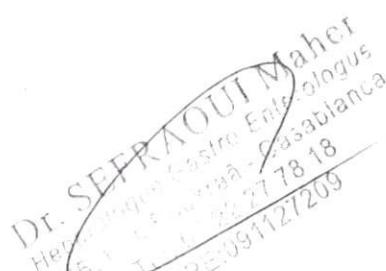
NOTE D'HONORAIRES

Mr ELMECHRAFI AZIZA

Consultation 1V2 : 300 DH

Echographie abdominale Z30 : 400 DH

TOTAL : 700 DH



إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع، الطابق 2 (مترافق شارع مولاي يوسف وزنقة المعرض الدولي) الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 27 78 18 - الفاكس: 05 22 27 78 05 - الهاتف المحمول: 06 61 33 30 04