

# 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.

M23-0029963 179200

*Copyrigten*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	10597	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAOURI ABOU L DEJID			
Date de naissance : 04-05-1953			
Adresse : 48, RUE LAGAËT LOT CAASIDI BERRACHEID			
Tél. : 06.78		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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
				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



Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	معامل المفوتر Montant facturé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
22/08/23		Van	1700,00		SERVICE FACTURATION HOTEL PROVENCE CASABLANCA Tél: 05 22 75 19 34 57 Dr. Siham EDDECHAI 8 Salam 1 Med 2 Aïn Sebaa Ets 3 Porte 1000 Tél: 05 22 75 19 34 57 Dr. Siham EDDECHAI 8 Salam 1 Med 2 Aïn Sebaa Ets 3 Porte 1000 Tél: 05 22 75 19 34 57
22/08/23		Fadilze			
INPE et code à Barres					
22/08/23		fibroscopie			
05/09/23		contrôle			
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux			العمليات المساعدين الطبيين		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter 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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإيجياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	العمليات الإيجياء، الأشعة والصور
22/08/23			gratuit	CENTRE DE PATHOLOGIE IBB Dr. HIND ALATANIA ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE Louvre Centre RDC Aïn Sebaa Bd. Abdelloumene et Bachir Casablanca - Tel: 0522 28 37	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممهونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
05.09.2023	1513,60	Dr. HIND ALATANIA ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE Louvre Centre RDC Aïn Sebaa Bd. Abdelloumene et Bachir Casablanca - Tel: 0522 28 37
INPE et code à Barres		
092016724		
INPE et code à Barres		

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



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 : 22/09/2023

	Emis à : Le : N° d'immatriculation Règlements de la période du : 22/09/2023 au : 22/09/2023	CASABLANCA 22/09/2023 رقم التسجيل أنباءات الفترة من : إلى	أصدر ب : بتاريخ : Destinataire SAOUDI ASMAA	Page 1 /1 الصفحة 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 المصروف	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
<b>SAOUDI ASMAA</b>											
136278446	22/08/2023	J304	Clinique Privée	1700,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	22/09/2023	700,00
136278446	22/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1513,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	22/09/2023	251,65
136278447	31/08/2023	R496	MEDECINE GENERALE	1000,00	600,00	1,00	1,00	600,00	70,00	22/09/2023	420,00
136278447	31/08/2023	CS	MEDECINE GENERALE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	22/09/2023	105,00
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>							
<b>Total général remboursé</b>				<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>							

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portal/](http://www.cnss.ma/Portal/)  
« 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 بالمحجب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام



Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca  
et Mohamed VI à Marrakech  
Endoscopie digestive  
Echographie abdominale  
Proctologie médicale et chirurgicale  
Membre de L'AFEF  
et SNFGE

✓ *mw*

Saenohi

Adm aG

Patienten sign. 63 m, opst. akut. sm.  
Dz 2 d 1000, THT sm,  
operat. sm. thy. d. levothyroxin,  
qm. 1000 m. sogen. drapar.  
hypothy. . T3 thyrotoxin.

$\Rightarrow \text{End}$

Dr. Siham EDDEGHAI  
SPECIALISTE EN HEPATO-GASTRO ENTEROLOGIE  
8 Salam 1 Bd Med Zefat Rd RYM 1 APP 19  
Etg 3 (POSTE DU MAROC) 1000 NOUZOUM-ANASSI  
Casablanca

8. السلام، شارع محمد الرفناوي إقامة رقم. 1، ش 19 الطابق 3. (قرب بريد المغرب حي أlassis) - سيدى مومن - الدار البيضاء  
المجمع الطبى أlassis

8, salam 1 , Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 ( POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen  
E-mail : [dreddeghaicabinet@gmail.com](mailto:dreddeghaicabinet@gmail.com) - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57  
Complexe Médicale Anassi

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 22-08-2023

## Facture N° 26435/23

### A. Identification

N° Dossier : HPC23H22071119

N° Identifiant : 109697/23

**Nom & Prénom : Mme SAOUDI ASMAA**

C.I.N : BE54694

Adresse : 48 RUE MAHATA LOT LAAMIRI

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . EDDEGHAI SIHAM

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-08-2023

Date Sortie : 22-08-2023

Traitement : FIBRO

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	FIBROSCOPIE		1 700,00			1 700,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b>
						1 700,00
0,00						

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré





Mme saoudi asmaa

le 22/08/2023

Age : 63 ans

RC : epigastralgies, pyrosis chronique

**Compte rendu de fibroscopie œso-gastro-duodénale sous sédation :**

**Œsophage :** muqueuse d'aspect macroscopique normal

Cardia en place

Ligne z régulière

**Estomac :** exploré en VD et en RV

Lac muqueux clair peu abondant

Plis fundiques conservés

Muqueuse fundique est érythémateuse et pseudo nodulaire

Muqueuse antrale érythémateuse et exulcérée avec petite ulcération linéaire pré pylorique

Pylore : régulier et centré franchi

RV : idem

**Bulbe D1 D2:** normaux

**Conclusion :**

- **gastrite fundique érythémateuse et pseudo nodulaire**
- **gastrite antrale érythémateuse exulcérée avec ulcération linéaire pré pylorique**

**Biopsies**

**DR EDDEGHAI**



133,00 Dhs

5) Biomaterial phase S. L

181 kg min 70

15 13,60

Amel

Dr. Stham EBBEGHAI  
SPECIALISTE EN HEPATIQUE, GASTRO-ENTEROLOGIE  
8 Salam 1 B, Med Zefzaf, SIDI KACIR, Appt 19  
Elg 3 ( POSTE D'UMAROC ) BOU MOUNAÏDEN - MASS  
CASABLANCA  
TÉL : 05 22 68 43 21  
TÉL : 05 22 68 43 57

24, Bd Boulmanné  
Haut Muqadidha Aïn Chok  
Casablanca  
TÉL : 05 22 68 43 21

**PYLERA®** gélules  
Boîte de 1 flacon de 120.  
AMM N°281 DMP / 21 / NNP  
PPV : 803,00 DH  
Titulaire de l'AMM / Distributeur :  
SOTHEMA, B.P.N° 127122 Bouskoura, MAROC

6 118001 072262

**MEZOR® 40mg** O  
Esomeprazole (DCI)  
28 gélules  
6 118000 340331

**MEZOR® 20mg** O  
Esomeprazole (DCI)  
28 gélules  
6 118000 340300

