

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 7780 Société : Mupras
 Actif Pensionné(e) Autre : 7090
 Nom & Prénom : KAN A. Nejma
 Date de naissance : 13/05/70
 Adresse : Le FSE relia n° 81, marrakech
 Tél. : 0661 51 17 09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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

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 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 <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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CLINIQUE ACHIFAE

URGENCES 24/24 HEURES
MEDICO - CHIRURGICALE
CHIRURGIE GÉNÉRALE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
GYNECO OBSTÉTRIQUE
TROMATO - ORTHOPÉDIE
UROLOGIE GÉNÉRALE
ET LASER
NEURO - ORL - OPHTALMO
SPECIALITÉS MÉDICALES



مصحة الشفاء

المصحات 24/24 ساعة

الطب والجراحة
الجراحة العامة
الجراحة بالمنظار
طب النساء والولادة
جراحة المطام
جراحة الجهاز البولي
وتفتيت حصى الكلى بالليزر
جراحة الصداع - الآمن - الأنف والحنجرة و العيون
الامتحانات الطبية

Pharmacie Les Palmiers
Dr. AJANA A.
7 Rue Al-Azhar - Tanger
S. 05 39 37 57 63

= 115,10 =

Tanger le 21/12/2013

1/ Dr. A. 58,00 140 115,10
2/ Dr. A. 57,00 140 115,10

21 Dr. A. 57,00 140 115,10

Dr. KACHA Mohamed Fadel
CHIRURGIE GÉNÉRALE
Clinique Achifae TANGER
Tel: 05 39 31 35 05/06

QUARTIER BENI OURIAGHEL, RUE BENDIBANE N° 132
OTISSEMENT HAMZA - TANGER

TEL: 0539 31 36 05 / 0539 31 36 07 - FAX: 0539 31 04 99

E-mail : cliniqueachifae2012@hotmail.com - ICE : 001702046000060

Section de Biologie, Radiologie et Imagerie

نوع العمليات Type des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé de cotation NCAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطبع طبيب الاشعة او المصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres	111111111111111111111111			
INPE et code à Barres	111111111111111111111111			

جزء الوصفات التي لم تنتهيها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفوت Prix facturé	توقيع وطبع الصيادلة او ممدوح المصورين الطبية Signatures et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
02/12/2013	115,10	Dr. AJANA A. Pharmacie Les Palmiers Tanger S. 05 39 37 57 63
INPE et code à Barres	INPE 162048003	
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

Description des actes effectués					وصف العمليات المجردة
نوع العملية Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المدحور Montant facturé	نطفع وملحق الطبيب المملاع Signature et cachet du Médecin triant	
02-12-13			9	D KACHA Mohamed Sidel CHIRURGE GENERAL Clinique Achrafieh TER 05 03 2014	
INPE et code à Barmes					
INPE et code à Barmes					
CIM-10					
Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
نوع العملية Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	نوع العمليات Nbre d'actes	المبلغ المدحور Montant facturé	نطفع وملحق المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barmes					
INPE et code à Barmes					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

 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 Le : 13/12/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 /1
		المرسل إليه	
N° d'immatriculation 110794049 Règlements de la période du : 12/12/2023 : من au : 12/12/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire KANA MARIEM	

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 الحلف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أصلين التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	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
KANA MARIEM											
143679736	02/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	115,10	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	12/12/2023	39,97
Total remboursé											39,97
Total général remboursé											39,97

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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 الزيارة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمحبيب الإلكتروني على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام
--	--	---