

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 | adhession@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.



Déclaration de Maladie

N° W21-604642 MUPRAS A

612 88

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 086.18			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : BELEMYL H. NABIL			
Date de naissance : 02/10/1971			
Adresse : Habituel			
Tél. : 06 61 62 75 07	Total des frais engagés	524,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Bensouda Fadoua** Age : **44**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **De compréhension**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :



Le : **25/02/2021**



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیفة

وصفة طبية Ordonnance

Caşablanca, le :

De 03/02/
- do 21/

Faboua Bensouda

[Signature]

24.3

Lipkau Ban

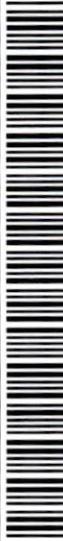


App & 21

PHARMACIE ZIRAOUI
Dr. H. ZIRAOUI
236, Bd. Ziraoui
Tél: 07 00 22 19

Hôpital Cheikh Khalifa
Pr Ass. KOUHEN Fadila
Radiothérapie

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**

 <p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2 06 : مرجع رقم Page : 1
Référence structurée : 210202687948585		Emis à Casablanca le : 23/02/2021
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 122260971 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement		BENSOUDA FADOUA LISSASFA LOT HADJ FATEH NO 3 ETAGE 2 EL OULFA CASABLANCA 2026
Informations : معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
BENSOUDA FADOUA										
067656655	03/02/2021	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
Total remboursé pour FADOUA										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution * <input checked="" type="checkbox"/>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
				Réf. : 610-1-03
				Date : ANAM 12.02.11

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BENSOUDA FADOUA** الاسم العائلي و الشخصي :

N° Immatriculation : **118226_1_1_1** رقم التسجيل :

N° CIN : **K151018110121_1_1** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) علاقه القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : **3 lot hadj Fzreh 2^e étage ouffa CASABLANCA** العنوان :

Montant des frais : درهم **524,00** Dhs. مبلغ المصاري :

Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Bensouda Fadoua** الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : **13/01/1961** تاريخ الإزدياد :

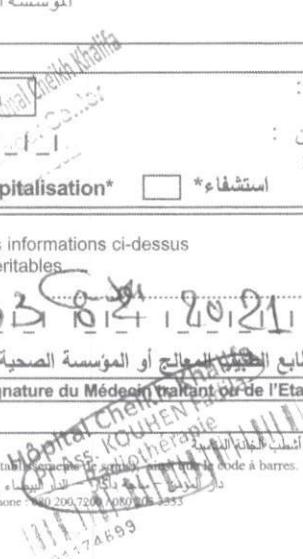
N° CIN: **115101810121** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : **F** أنثى الجنس :

INPE et code à barres ****** الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins		نوع العلاجات	
Admission ALD *:	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	1_1_1_1_1_1_1_1_1	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD:	<input type="checkbox"/> مرض *	<input type="checkbox"/> Hospitalisation*	رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/>	استشفاء* <input type="checkbox"/>		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : CASA : ب : في :		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : 03/02/2021 : ب : في :	أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)			

* Cocher la mention utile pour chaque case

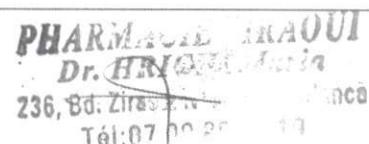
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
توقيع و طابع الصيدلي أو مسمون التجهيزات الطبية	Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	03/02/2021	224.00
INPE et code à Barres	INPE 092058460	
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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 11 676 / 2021 du 03/02/2021

Nom patient : BENSOUDA FADOUA

Entrée 03/02/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ONCOLOGIE	1,00	CS	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Cancer Care Center
N° INP : 090061862