

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique : 2021

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08618

Société : MUPRAS

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELEMLIH

NABIL

Date de naissance : 02/10/1971

Adresse : Habitat

Tél : 06 61 62 75 07

Total des frais engagés



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bensouda Fendoua

Age : 44

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : De compte

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

Le : 25/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

de 03/02/21
do 21

Faboua Bensouda

24.00 Lipikar Ba

S.P

S.V

1 app x 21 j

PHARMACIE KRAOUI
Dr. HENRI KRAOUI
236, Bd. Ziraoui
Tél: 07 02 02 02 19

Hôpital Cheikh Khalifa
Pr. Ass. KOUHEN Fadfa
Radiothérapie

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610 2 06 :
	Référence structurée : 210202687948585	Emis à Casablanca le : 23/02/2021	Page : 1
	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 :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف 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										142,50
Total général remboursé										142,50

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

 <p>الضمان الاجتماعي +الكويت+الكويت CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref : ANAM 1.2.02.01</p>
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BEN SOUDA FADOUA : الاسم العائلي و الشخصي

N° Immatriculation : 112226 : رقم التسجيل

N° CIN : K15198110121 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 3 lot hadj Fateh 2^{ème} étage ouffa CASABLANCA : العنوان

Montant des frais : 524,00 Dhs. : مبلغ المصاريف

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 : 13/01/1976 : تاريخ الإزدياد

N° CIN : K15198110121 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe * : ☒ أنثى ☐ ذكر

INPE et code à barres

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : Hôpital Cheikh Mohamed VI : الطبيب المعالج

Etablissement de soins : Hôpital Cheikh Mohamed VI : المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : ☒ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن *

N° dossier ALD : 112226 : رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : Maladie * مرض ☐ Hospitalisation * استشفاء ☐ : رمز المرض المزمن

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : CASA : ب :
Le : 10/31/10121 : في :
توقيع المؤمن له

Fait à : 03/04/10121 : ب :
Le : 03/04/10121 : في :

Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - ب.ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 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

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
03/02/2021	224.00	PHARMACIE MAOUI Dr. H. MAOUI 236, Bd. Ziraoui Tél: 07 00 20 19
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	300,00
			Sous-Total	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
 Consilience Cancer Center
 N° INP : 090061862