

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horiège Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-604632

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08618 Société : Casa Aero

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELEMLIH NABIL

Date de naissance : 02/10/1971

Adresse : Habitatuel

Tél. : 0661627507 Total des frais engagés : 1400,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bensouda Fadwa Age : / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Decompte

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 : 28 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610 2 06
	Référence structurée : 210101938104094	Emis à Casablanca le : 28/01/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 122260971 Règlement du mois : 01/2021 Mode de paiement : Virement	BENSOUA FADOUA LISSASFA LOT HADJ FATEH NO 3 ETAGE 2 EL OULFA CASABLANCA 2026	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
BENSOUA FADOUA										
067427969	04/12/2020	CG	PHARMACIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
067427969	04/12/2020	PH	PHARMACIE	385,70	385,70	1,00	1,00	385,70	95	366,42
067427969	04/12/2020	PHN	PHARMACIE	56,20	56,20	1,00	1,00	56,20	00	0,00
067658843	28/12/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
067658843	28/12/2020	PH	PHARMACIE	182,80	182,80	1,00	1,00	182,80	95	173,66
067658474	14/12/2020	PJ	POLYCLINIQUE NAKHIL	800,00	550,00	1,00	2,00	1 100,00	95	760,00
067658474	14/12/2020	PH	POLYCLINIQUE NAKHIL	600,00	470,00	1,00	1,00	470,00	95	446,50
Total remboursé pour FADOUA										1 889,08
Total général remboursé										1 889,08

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 14/12 AU 16/12/2020

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>REG : ANAM 1.2.02.01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>Réf. : 610-1-03 مرجع رقم</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENSOUDA FADOUA : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 1121216101111 : رقم التسجيل :
 N° CIN : 1111501811011 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
 Adresse : 3101 hadj 6 étage 2oulfa Casablanca : العنوان :
 Montant des frais : 1400.00 Dhs. : مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : 3 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Bensouda Fadoua : الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 131011016119116 : تاريخ الميلاد :
 N° CIN : 1111501811011 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : M ☐ ذكر F ☒ أنثى : الجنس * :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : 1141113112351 : الطبيب المعالج :
 Etablissement de soins : 114006115112 : المؤسسة العلاجية :

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : ☒ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن * :
 N° dossier ALD : 11111111111 : رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : 11011011210111 : رمز المرض المزمن :
 Maladie * ☐ مرض * Hospitalisation * ☐ استشفاء *

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.

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : CASABLANCA : ب :
 Le : 11011011210111 : في :
 توقيع المؤمن له

Fait à : 116112121011 : ب :
 Le : 116112121011 : في :
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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) ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - ب . دار المؤمن - الدار البيضاء المحطة - الهاتف - 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



مصحة النخيل
POLYCLINIQUE ANNAKHIL
Compte rendu d'hospitalisation



Nom et prénom du malade : Bensouda Fadoua

Date d'entrée : 14/12/20

Date de sortie : 16/12/20

ADN. 500

S'agit d'un patient en réanimation.
L'hospitalisation pour 2j pour une date
d'entrée + AFR.
Donnée exacte : cholestérol et
LDL sont à 21 et 141
Cœur pulmonaire v. normal

Dr WAKKACH Jamel
Anesthésiste
Clinique Annakhil
Rte d'Immouzer - Fès
Tél : 05 35 96 63 63 / 05 35 60 00 24 / 05 35 60 70 41
Fax : 05 35 60 60 06
POLYCLINIQUE
ANNAKHIL
155 Lot, Riad Annakhil, Route d'Immouzer - Fès
Tél : 05 35 96 63 63 / 05 35 60 00 24 / 05 35 60 70 41
Fax : 05 35 60 60 06

Cachet et Signature
Du Médecin traitant

POLYCLINIQUE ANNAKHIL

F A C T U R E

N° 2 916 / 2020 du 31/12/2020

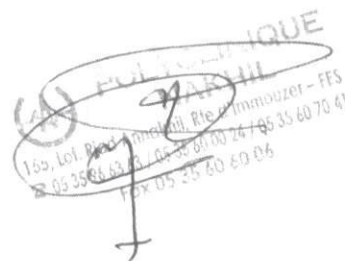
Nom patient	BENSOUDA FADOUA	Entrée 14/12/2020	Sortie 16/12/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SEJOUR	2,00		400,00	800,00
			Sous-Total	800,00
PHARMACIE	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				1 400,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. WAKKACH JAMAL (reanimateur / anesth)	1,00	gratuit		0,00
			Sous-Total	0,00
Total prestations externes				0,00

	Total général	1 400,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 400,00				1 400,00	0,00

Droit de timbre 3,50



 POLYCLINIQUE ANNAKHIL
 155, Lot. Riad Annakhil, Route d'Immouzer - Fès.
 Tel: 0535 96 63 63 / 0535 60 00 24 FAX: 0535 60 60 06 IF: 14368640 Patente: 13070811 CNSS: 4286052 ICE: 001623947000050
 Fax 05 35 60 60 06

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BENSOUA FADOUA	N° Facture 2 916	2334H/20
------------------------------	------------------	----------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
NORMON 1G INJ (01)	3	40,00	120,00
SS 0,9% 500CC POCHE (01)	2	23,00	46,00
TRICEF 1G INJ (01)	5	70,00	350,00
Sous-Total médicaments			516,00
INTRANUL ROSE (01)	2	20,00	40,00
PERFESEUR (01)	2	10,00	20,00
SERINGUES 10ML (01)	4	6,00	24,00
Sous-Total consommable médical			84,00
Total pharmacie			600,00


PHARMACIE POLYTECHNIQUE
 155 Bd. Ried Abdelk. Pte d'Immuizer - FES
 ☎ 05 35 65 63 70 / 05 35 65 60 24 / 05 35 60 70 41
 Fax 05 35 60 60 06