

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-604632

CA

161281

| | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 08618 | | Société : CASA Aero | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| Nom & Prénom : BELEMLIH NABIL | | | |
| Date de naissance : 02/10/1971 | | | |
| Adresse : 126 tbel | | | |
| Tél. : 0661627507 | | Total des frais engagés : 1400,00 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : Bensouda Fadoua | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Décompte | |
| 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) : 

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p> | الضمان الاجتماعي C.N.S.S. ٠٢٢٥٤٨٦٧٣ - ٠٢٢٥٤٨٦٠٧٠ - ٢١٨٦ | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610 2 06 : رقم مرجع |
| | 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 | BENSOUDA FADOUA LISSASFA LOT HADJ FATEH NO 3 ETAGE 2 EL OULFA CASABLANCA 2026 | |
| | Informations : | | |
| | معلومات : | | |

| مرجع الإشعار بالاستلام | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصارييف | التعرفة 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 |
| BENSOUDA 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 NAKHLI | 800,00 | 550,00 | 1,00 | 2,00 | 1 100,00 | 95 | 760,00 |
| 067658474 | 14/12/2020 | PH | POLYCLINIQUE NAKHLI | 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 |
|-------------|---------------------|

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger | ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée | موافقة مسبقة * Entente préalable * | تنفيذ * Exécution * | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | Ref. : ANAM 1.2.01 Réf. : ANAM 1.2.01 |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BENSOUDA FADOUA**

الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **112226102171**

رقم التسجيل :

N° CIN :

1115081021

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : **3 lot hadj bétaga 2 ouïfa Casablanca**

العنوان :

Montant des frais :

1400,00 Dhs.

مبلغ المصارييف :

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**

الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

1301 1961 1191716

تاريخ الإيداد :

N° CIN :

1115081021

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe *:

M ذكر

F أنثى

* الجنس :

INPE et code à barres **

111508102133285

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

11150551512

نوع العلاجات

Admission ALD *:

Oui

Non

قبول المرض المزمن *:

N° dossier ALD :

1111111111111111

11111111

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

Maladie* مرض

Hospitalisation* استشفاء*

رمز المرض المزمن :

استشفاء *

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

CASABLANCA

Fait à :

1161 112 2029

ب

Le : **1101 1021 2021**

Le :

في

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

Autres Annexe 155 101 068 101 08 25 45 03 03

* Cocher la mention utile pour chaque case

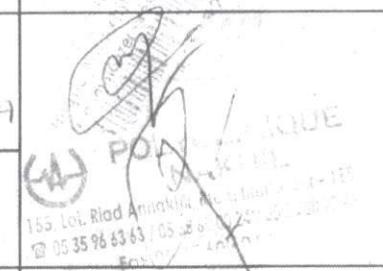
** Accorder l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 - 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف

دار المؤمن له لتأمين الرعاية الصحية ، بـ . 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف

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

وصف العمليات التغیرة

| تاریخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع و طابع المكتب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| du 14/12/20 | O'Wakkach | G | | |
| au 16/12/20 | Fraie chingue | 14000Dhs | |  |
| INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 | | | | |
| INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 | | | | |

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين

| تاریخ 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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|--|--------------------------------|---|------------------------------|------------------------------------|--|
| | | | | | |
| INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 | | | | | |
| INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 | | | | | |

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision



مصحة النخيل
POLYCLINIQUE ANNAKHIL
Compte rendu d'hospitalisation

POLYCLINIQUE ANNAKHIL
140061912

Nom et prénom du malade : Bensouda Fadoua

Date d'entrée : 14/12/20

Date de sortie : 16/12/20

ADM. ya

s'pehla en xl pneumo-pne.

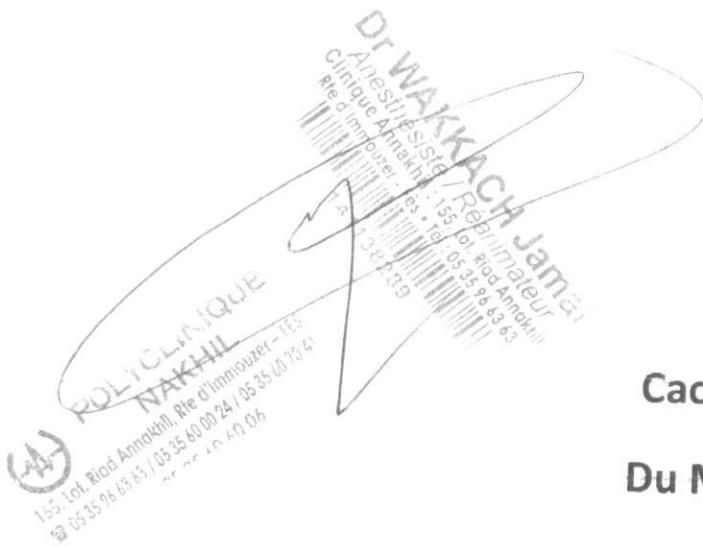
lhopitalise p'st zi p'm u'ch

HT + AFB.

bon evoluti clif el

HTS bact f 2) + HT

antibio p'm



Cachet et Signature

Du Médecin traitant

POLYCLINIQUE ANNAKHIL

F A C T U R E

N° 2916 / 2020 du 31/12/2020

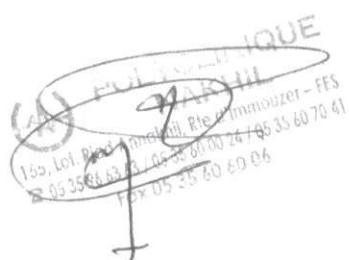
| | | | |
|-----------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | BENSOUDA FADOUA | Entrée 14/12/2020 | Sortie 16/12/2020 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|---------------|-----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| 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 |
| <i>PRESTATIONS EXTERNES</i> | | | | |
| DR. WAKKACH JAMAL (reanimateur / anesth) | 1,00 | gratuit | | 0,00 |
| | | | Sous-Total | 0,00 |
| Total prestations externes | | | | 0,00 |

| | | |
|---|----------------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS | Total général | 1 400,00 |
|---|----------------------|-----------------|

| Encassements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|--------------|-----------------|--|--|--|-----------------|-------------|
| | 1 400,00 | | | | 1 400,00 | 0,00 |

Droit de timbre 3,50



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

ANNEXE PHARMACIE

| Nom patient :BENSOUDA 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 |

