

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

N° W19-570378

61454 LA

<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	<input type="checkbox"/> F.P.L.
Nom & Prénom : BELEMLIH NABIL			
Date de naissance : 02/10/1971			
Adresse : 3 Lot Hadj Fath 6 étage 2 oufou casa			
Tél. : 0661627507		Total des frais engagés : 582,80. Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BENSOUDA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 28/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي tel: 084 5084 084 CNSS</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>REF : 610 2 06 : مرجع رقم</p>
Référence structurée : 210101938104094		Emis à Casablanca le : 28/01/2021	
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 Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض 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 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



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

Ref. : 610-1-03

Ref. : ANAM 1.2.02.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENSOUDA FADOUA الاسم العائلي و الشخصي :

N° Immatriculation : 14121261019711 رقم التسجيل :

N° CIN : 1415081102111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علامة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 3 Lot Hauli Fateh 6 étage 2 OULFA casablanca العنوان :

Montant des frais : 582,80 درهم مبلغ المصاري :

Nombre de pièces jointes : 5 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 : 13/01/1971 تاريخ الإزدياد :

N° CIN: 1415081102111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :

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

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

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD *: قبل المرض المزمن :

Oui

Non

N° dossier ALD : 1415081102111 رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD: 1415081102111 رمز المرض المزمن :

Maladie* مرض *

Hospitalisation* استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. شهد بمحض كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Casablanca ب : في
Le : 14/01/1014 14/01/2014

Fait à : ب :
Le : في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

توقيع الطبيب المعالج في المؤسسة الضابطة

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

* 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 - الدار البيضاء - الهاتف - مصحة داكار - مصحة من، ب. - مصحة المؤمن - مصحة داكار - مصحة المؤمن

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

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات

توقيع وطابع المساعد الطبي

Signature et Cachet du Paramédical

بيانات المساعدين الطبيين						
Actes Paramédicaux	تاریخ 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 و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29-12-20	182,80	PHARMACIE BEN CHEIKH Av. Riad El Nafaa II - Nafiss tel: 05 35 61 48 06
INPE et code à Barres 11111111111111 INPE 142014760		
INPE et code à Barres 11111111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



مصحة النخيل متعددة الاختصاصات
**POLYCLINIQUE
 ANNAKHIL**
 ٢٠١٣٠ سانتا ماري، الدار البيضاء

NOM: Bensouda Fadoua

Le : 28/12/2020

Note D'Honoraire

DR MELHOUF: 300,00 dhs
Frais de Clinique: 100,00 dhs

Total global : 400,00 dhs

*Pour acquit la somme totale de :
Quatre Cent dhs.*

155, lot. Riad Annakhil, route d'Immouzer, FES
Tel : 05 35 96 63 63 / 05 35 60 00 24 / 05 35 60 70 41 Fax : 05 35 6 60 06

400,000
GRU HEDDINGEN
PROZESSOR ANTRIEB
UT MELHORN
THERMOMETER
WALDTHAL



Fès le 23/11/2009

2/1/1

16.° - Tamoxifène 1g cp

1x2/3

14.° - Deltapine cp

1x3/3

opds cp 1/3h

1x1/3

182.8°

D A

PHARMACIE BEN CHEIKH
4. Riad hay El Wafaa II - Narijss
Tél: 05 35 61 48 06

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg
16 SACHETS

6 118000 041160

PPV: 116DH00
PER: 07-23
LOT: 12062

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

6 118000 040972

PPV: 14DH00
PER: 10/23
LOT: J2676

OEDES 20mg
14 gélules

6 118001 100071

LOT 191740
EXP 07/2022
PPV 52.80 DH