

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Optique *66266* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5183* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *S.HAM* *Fatima*

Date de naissance : *21.07.58*

Adresse : *R. SAVAA, Bd Bourgogne n° 130 4437*

Tél. : *06.05.80.43.80* Total des frais engagés : *132,86* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : *CAF*

Signature de l'adhérent(e) : *W*

MUPRAS
CAF
Le : 05/10/17
ACCUEIL



مصححة حمداني درب غلف مصححة متعددة للإختصاصات

Casablanca, le 17/10/2020

ORDONNANCE

Nom : KSAF A. Prénom : Ishaq.

Prénom : Shayma

Paroxyf forte ~~1/2-16929~~
~~1/2110120~~

o - o - v / (jew)

feins $\sigma - \sigma - \sigma$ a mountain gradient

Amis
Docteur S. MARSILI
Neurologue
Tel: 06 87 19 33 10

Angle Rue Batinia et Rue 93. Quartier de la Famille française Derb-Ghallef-Maarif - Casablanca
Tél.: 05 22 92 28 28 (L.G) - Fax : 05 22 23 81 55 - E-mail : clinique.hamdani@yahoo.com

Date de dépôt du dossier : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | تاريخ الإيداع :

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">* موافقة مسبقة Entente préalable *</td> <td style="text-align: center;">* تنفيذ Exécution *</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة Entente préalable *	* تنفيذ Exécution *	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رقم : 610-1-03 مرجع رقم</p>		
* موافقة مسبقة Entente préalable *	* تنفيذ Exécution *					
		Ref : ANAM 1/2.0.01				
<p>N° Dossier :</p> <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>						
<p>Nom et prénom : KSAR Mohamed الإسم العائلي والشخصي : (لها)</p> <p>N° Immatriculation : 159689129 رقم التسجيل : (لها)</p> <p>N° CIN : B 99405 رقم بطاقة التعريف الوطنية : (لها)</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Conjoint <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">زوج</td> <td style="text-align: center;">Enfant <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">ابن</td> </tr> </table> <p>Adresse : R. SARAT, ANGLE RUE IBNOU KALAKIS, Bd Bourguiba N° 130 العنوان : (لها)</p> <p>Montant des frais : 339,80 Dhs. مبلغ المصاريف : (لها)</p> <p>Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة : (لها)</p>			Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج	Enfant <input type="checkbox"/>	ابن
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج	Enfant <input type="checkbox"/>	ابن			
<p>Déclaration du Médecin traitant</p> <p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : (لها) الإسم العائلي والشخصي : (لها)</p> <p>Date de naissance : (لها) تاريخ الإزدياد : (لها)</p> <p>N° CIN : 159689129 Clinique HAMDANI رقم بطاقة التعريف الوطنية : (لها)</p> <p>Sexe * : ذكر MaleFemale الجنس : (لها)</p> <p>INPE et code à barres</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Dr. MARSI M</p> <p>Neurologue</p> <p>Tel: 06 87 93 10</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Anglais</p> <p>09 0096 1571</p> </td> </tr> </table> <p>Médecin traitant الطبيب المعالج (لها)</p> <p>Etablissement de soins الموسسة العلاجية (لها)</p>			<p>Dr. MARSI M</p> <p>Neurologue</p> <p>Tel: 06 87 93 10</p>	<p>Anglais</p> <p>09 0096 1571</p>		
<p>Dr. MARSI M</p> <p>Neurologue</p> <p>Tel: 06 87 93 10</p>	<p>Anglais</p> <p>09 0096 1571</p>					
<p>Type de soins</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Admission ALD *:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table> <p>N° dossier ALD : (لها) رقم ملف المرض المزمن : (لها)</p> <p>Code ALD : (لها) رمز المرض المزمن : (لها)</p> <p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * (لها)</p> <p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء * (لها)</p>			Admission ALD *:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Admission ALD *:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : (لها) في : (لها)</p> <p>Le : (لها) في : (لها)</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>						
<p>Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.</p> <p>Fait à : (لها) في : (لها)</p> <p>Le : (لها) في : (لها)</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو الموثق له (لها)</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>						

* 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.

Accorder l'enquête portant à l'INRS (Institut National des Professionnels de santé et des Établissements de soins), ainsi que le code 080 200 7200 / 080 203 3333 - الدار البيضاء المحطة - المغرب 2186 - الدار البيضاء - ب. ب. 800 - ملحة تلوك - دار المغاربة

080 200 7200 / 080 203 3333 - مكتب - 2180 - مدير التأمين: سيد مختار

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2180 Casa Care Téléphone : 060 260 7200 / 060 263 3333

* أشطب الخلة المناسبة

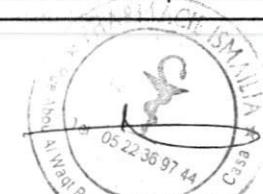
nsi que le code à barres.

دار المؤمن - س

دارالعلوم - س

3333

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طبع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin المحترف		
٢٢/٠٥/٢٠٢٢	CS		300			
INPE et code à Barres [Barcode]						
INPE et code à Barres [Barcode]						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التغییر Date d'exécution	الشمن المغورت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٢/١٠/٢٠	٣٩,٨٥	
INPE et code à Barres _____	INPE: 092034001	
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

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Référence structurée : 201199700886577

Emis à Casablanca le : 10/11/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation : 159689128
Règlement du mois : 11/2020
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العلومات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجحية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement/%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
063759503	17/10/2020	CS	ETABLISSEMENT PRIVE PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
063759503	17/10/2020	PH		39,80	39,80	1,00	1,00	39,80	70	27,86
Total remboursé pour MOHAMED										
132,86										
Total général remboursé										
132,86										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان