

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

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.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ctique :

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12586

Société : RAN

81720

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABERCHAN NARJISS

Date de naissance : 11/01/1988

Adresse : Résidence TAJ NOUACEUR CASABLANCA
APT 23 NOUACEUR CASABLANCA

Tél. : 0662509616 Total des frais engagés : 1010.00 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 : Casablanca

Le : 26/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

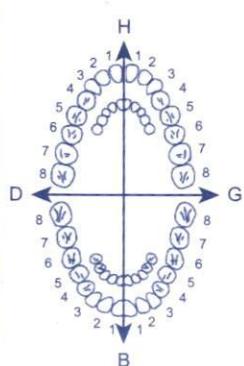
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 210807171417325

Emis à Casablanca le : 12/08/2021

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

HAMDOUNE HAKIME
RES TAJ NOUACEUR IMM A4 APPT NR 23 NOUACEUR
CASABLANCA 2000

N° d'immatriculation : 132692002
Règlement du mois : 08/2021
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مبلغ الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
HAMDOUNE AMNEY										
086205601	12/07/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
086205601	12/07/2021	PH	MEDECIN SPECIALISTE	760,00	760,00	1,00	1,00	760,00	70	532,00
Total remboursé pour AMNEY										637,00
Total général remboursé										637,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Instructions à suivre	مُبَدِّلَاتٍ يَجُبُ اتِّباعُهَا
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	يجب تقييد ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حادث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الرشائل الطبية (وصفات طبية) فوائير، فاتح فحوص الأشعة في المختبر.
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical.	يجب تقييد ورقة العلاجات والرشائل الاقبالية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في غرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	مُبَدِّلَة تعريف العبلغ المصروفة على أساس التدرينة الفرضية المرجعية.
Toute personne coupable de fraude pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب لاستئناف من خدمات غير محققة يمْكِن طلاق العاطل الفلاحية.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précéda.	حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط الفلاحية في كل ما سبق ذكره.
توقيع وخطيب المؤسسة <i>Cachet et signature de l'Agence</i>	
Date de dépôt du dossier : [] [] []	تاريخ الفتح : [] [] []

Description des actes effectués

نوع المدخلات المجردة*	معلم المدخلات	رمز المدخلات	رمز المدخلات	معلم المدخلات	المبلغ المفترض
					ترقي وطبخ الطيب المعلج Signature et Cachet du Médecin traitant
12167121				C5	250
INP et code à barres					
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي					
INP et code à barres					
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي					

CIM-10

Actes Paramédicaux

نوع المدخلات	رمز المدخلات	رمز المدخلات	معلم المدخلات	عدد المدخلات	المبلغ المفترض	ترقي وطبخ المساعد الطبي
						Signature et Cachet du Paramédical
INP et code à barres						
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي						
INP et code à barres						
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - sixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

نوع المدخلات	رمز المدخلات	رمز المدخلات	معلم المدخلات	المبلغ المفترض
INP et code à barres				
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي				
INP et code à barres				
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التresaire	الفن المفترض	الطبة
12167121	760,00	<i>Prix total Signature et Cachet du Pharmacien et du Personnel des dispensaires médicaux</i>
INP et code à barres		
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي		
INP et code à barres		
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشفهي		

خدمات وصلح غير متحللة من حرف الديرسنة المسيرة

الفن الإنجليزي	الفن الإنجليزي	الفن الإنجليزي	الفن الإنجليزي
Nature de la prestation	عليه تحديدات	Prix Unitaire	شلن الوحدة

Docteur Abdelhak ZAKIR
Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier
des Hôpitaux de France
Diplômé en Réanimation néo-Natale
Diplômé en Médecine Foetale
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

إخلاصي في أمراض الطفل والرطب
خريج كلية الطب بمونبولي
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا
مجاز في إنعاش الرضع
مجاز في طب الجنين
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفس

Hamdoun Amney

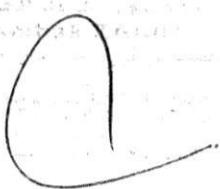
Casablanca le 12/07/21

F 60,00 Prevenir



PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V : 760DH00
6 118001 171067
Laboratoires Pfizer S.A.

PHARMACIE LES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca



13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1er Étage, App. N°1 - Bourgogne
Casablanca - Tél: 05 22 48 67 66 - 06 66 99 99 94 - EN CAS D'URGENCE: 06 61 14 45 00