

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0055549

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

97704

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5083 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OHERIF AYANZINNA Wee Benabdellah

Date de naissance : 12/01/67

Adresse :

Tél. : 06 61 188421 Total des frais engagés : 1530,36 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



jusqu'au 31/12/2018  
factures,...).

de la personne soignée  
par les praticiens eux mêmes  
soins.

transmises doivent être  
codes à barres des

ainsi que les pièces  
être présentées à la CNSS  
qui suivent le premier acte  
traitement médical continu.  
Le dossier doit être présenté  
jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au  
uite à accord préalable.  
es est disponible auprès de

accidents du travail et  
elles ne sont pas couvertes.

ble de fraude ou de fausse  
enir des prestations qui ne  
sible des sanctions légales

boursement prise par la  
e au respect des conditions  
qui précède.

Signature de l'Agence

(وصفات طبية، فواتير،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف  
الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية  
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ  
أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه  
الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من  
انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة  
المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات  
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من  
خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان  
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق  
ذكره

Date d'arrivée: ٢٠١٨-١٢-١٥  
Date d'arrivée: ٢٠١٨-١٢-١٥

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)\*

ابن

Conjoint

زوج

Adresse :

134 Rue MARGHA FLAY HANA

Montant des frais : درهم ٣٧٩,٦٢٩ Dhs

مبلغ المصروف:

عدد الوثائق المرفقة:

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي:

تاريخ الإزدياد:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس:

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر ..

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe\* :

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

الطبيب المعالج

M ذكر

F أنثى

Type de soins\*

Hospitalisation

استشفاء

Maternité

أمومة

Accident

حادثة

Maladie

مرض

أصرح بمصداقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

Le : ٢٠١٨-١٢-١٥

في :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٢٠١٨-١٢-١٥

في :

توقيع الطبيب المعالج  
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - مساحة دكار - الدار البيضاء ص-ب 2186 - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

أشعة والصور

الأشعة أو الإجمانى  
Signature et Cachet Biolog

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé
13/01/2021	307104R			852,00
INPE et code à Barres 1111111111111111	OPA1869			

تنفيذها وتجهيزات الطبية الموردة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	Signature et Cachet des Fournisseurs des dispositifs
13.01.2021	139,20	PHARMACIE EL DR JAOUI BO Rue 22 N° 35 Casablanca Tél: 0522 3
INPE et code à Barres 1111111111111111	NPE 092024538	
INPE et code à Barres 1111111111111111		

## Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطبع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
13/01/2021	C	S	3007	Hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed Dr. Youssef BENNANI Hépato-Gastro-Entérologue NIP: 091171850
INPE et code à Barres 1111111111111111				
INPE et code à Barres 1111111111111111				

CIM-10

## Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1111111111111111					
INPE et code à Barres 1111111111111111					

INPE et code à Barres

## Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

13/01/01

ENENIT

ALAMI

S.AI

MILLAMTA

JAMA  
el elalim

40,40

/ METEOSPASMYL

AS

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alverine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118861 100293

1 - 1 - 1

98,80

4 NEOFORTAN 160

AS

et 51 clesteur

139,60 - 1 - 1

PHARMACIE EL JADIDA  
Dr. YAOUI Bouchra  
Rue 22 N° 26 Hay El Hassani  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

des enfants  
NEOFORTAN®  
10 COMPRESSES EFFERVESCENTS 160 mg  
6 118000 031697

المصنوعات الصيدلانية للمغاربة - 21. زغوان -  
ACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Yousef BEN NANI  
Gastro-Entérologue  
Hôpital Ibn Zaid - 091 171850

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

رقم رجع REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 210202320229467

Emis à Casablanca le : 16/02/2021

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

CHERIF ALAMI JAMAL  
134 RUE MDAGHRA HAY EL HANAA  
CASABLANCA 2023

N° d'immatriculation : 112961737  
Règlement du mois : 02/2021  
Mode de paiement : Virement

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	أسامن التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
CHERIF ALAMI JAMAL										
073671479	13/01/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
073671479	13/01/2021	B	BIOLOGIE	852,00	1,10	710,00	1,00	781,00	70	546,70
073671479	13/01/2021	Z	RADIOLOGIE	2 500,00	2 200,00	1,00	1,00	2 200,00	70	1 540,00
073671479	13/01/2021	PH	PHARMACIE	139,20	98,80	1,00	1,00	98,80	70	69,16
<b>Total remboursé pour JAMAL</b>										<b>2 260,86</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>2 260,86</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Casablanca , le 13/01/2021

PATIENT : CHERIF ALAMI Sidi Mohamed Jamal Eddine

MEDECIN TRAITANT : Dr BENNANI

### **BILI IRM**

#### **TECHNIQUE :**

- Examen réalisé par une IRM 1.5 tesla en séquences de diffusion, T1, T2 et bili IRM sans injection intraveineuse de produit de contraste.

#### **RESULTATS :**

- Foie de taille normale, de contours réguliers et de signal homogène.
- Loge vésiculaire libre.
- Pas de dilatation ou d'épaississement des voies biliaires intra hépatiques.
- VBP mesure 12 mm de contenu alithiasique avec aspect filiforme du bas cholédoque.
- Rate, surrénales et pancréas de taille et de densité normales.
- Canal de Wirsung non dilaté.
- Reins de taille normale, de contours réguliers et de signal homogène avec présence d'un kyste simple du rein droit mesuré à 24 mm.
- Absence de dilatation des voies urinaires.
- Absence d'adénomégalie ou d'épanchement abdomino-pelvien.

#### **CONCLUSION :**

- **Bili IRM sans anomalie significative.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N°

3 584 / 2021 du 13/01/2021

Nom patient : CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL EDDINE Entrée 13/01/2021

Prise en charge : PAYANTS Sortie 13/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Bili-IRM	1,00		2 500,00 Sous-Total	2 500,00 2 500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 2 500,00**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	2 500,00	2 500,00	0,00

Ref Chq : 3969014 / CIH/

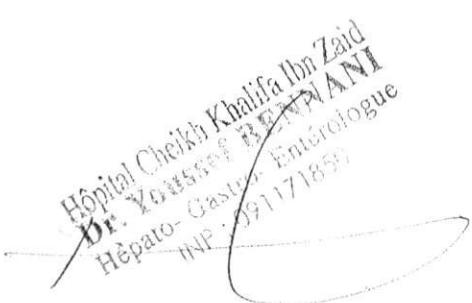
CHIKI HOSPITAL  
0529 25 11 11

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 13/01/21.

CHERIF MAMI Sidi Tamazouzi

- NFS
- CLP
- L: posc
- ASAT - ALAT
- GGT - ALA
- BIL - BA - BL
- INR
- Urie - Creatinine



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Regu étrabli par : SAL-JAR

HUIT CENT CINQUANTE-DEU		
PAYANT	Total payé	852,00
Cheque	3969013 cih	Lui-même
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs

N° : 21011313030523201 / 1 / 0	Numéro d'admission	Nom du patient	Date d'émission	CHEIKH ALAMI SIDI MO	2100292962
--------------------------------	--------------------	----------------	-----------------	----------------------	------------

## Regu de caisse

CASABLANCA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

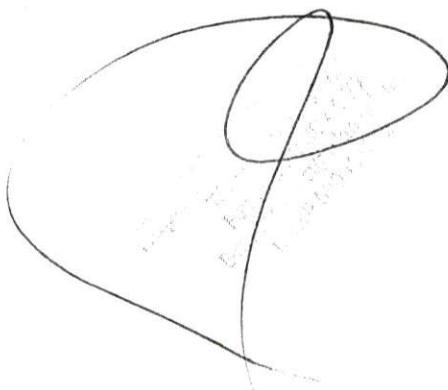
## F A C T U R E

N° : 3527 / 2021 du 13/01/2021

Nom patient	CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL EDDINE	Entrée	13/01/2021
	PAYANTS	Sortie	13/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	1,00		300,00	300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		



**BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 2100292936	198
Nom patient	<b>CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAM/</b>	
Médecin	<b>DR. BENNANI YOUSSEF</b> <i>Hépato-gastro-entéro</i>	
<b>Prestations</b>		
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog		
Encaissement	0,00 <b>PAYANT</b>	<i>Visa accueil</i> <b>SAN.ANT 12:30</b>

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse**

N° : 2101131233224960 / 2 / 0

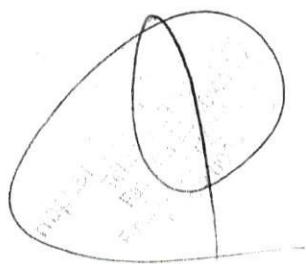
*Méd*HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100292936	CHERIF ALAMI SIDI MO	13/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N°3969012/CIH BANK Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : SANANT



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

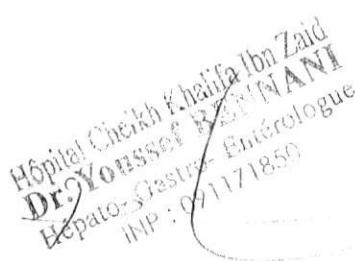
13/01/21

M. CHERIF ALAMI Sidi Mohamed Jamal Edly

Urgent

BILIRM.

- Cholecystectomie
- Lithiasis de la VBP + accidenselles traité par CPAL à 4 mm
- complications hépatiques
- Bilan en cours



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma