

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.

N° W21-688996

10/68

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4432

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Feu EL Wlad La Roussine / Béchir Amraoui Sanoû

Date de naissance :

Adresse : 100, Angle rue Mohamed EL Haddouzi

Reis la perle Aqa 38 Ehe 5 Bousgana CASA

Tél. : 066 777 23 38 Total des frais engagés : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

H. HAKANI

doit être accompagnée de toutes les originales (ordonnances médicales, les examens de radiologie et/ou de

de la personne soignée doivent être
ens eux mêmes sur chaque feuille de

es PPM concernant les médicaments joints aux ordonnances transmises.

s ainsi que les pièces justificatives éées à la CNSS dans les deux mois qui acte médical, sauf s'il y a traitement ans ce dernier cas, le dossier doit être xixante (60) jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera effectué sur la
n nationale de référence.

aux accidents du travail et maladies
sont pas couverts.

oupable de fraude ou de fausse tenir des prestations qui ne sont pas s sanctions légales et réglementaires.

mboursement prise par la CNSS est effect des conditions réglementaires et de

بعديم ورقة العلاج بحسب سبب مرض و—
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق
الضرورية (وصف طبية، فواتير، نتائج
فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالألوية المشتركة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية 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 التعريفة الوطنية
المحددة

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه عش أو تصريح كائب للاستفادة من خدمات غير مسحقة، مسعيّق طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع وطبع الوكالة het et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

gent :

الضمان الاجتماعي CNSS	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	Ref. : 610-1-03	Ref. : AN
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (ها)	0667772350	
Nom et prénom :	الاسم العائلي والشخصي : Gh'amraoui Saneé			
N° Immatriculation :	رقم التسجيل : 115 809150			
N° de la carte d'Identité Nationale :	رقم بطاقة التعريف الوطنية : G276269			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن	Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> هو نفسه		
Adresse :	العنوان : 100, Angle rue 12 m et Sultan Abd EL Hamid Rés. la perle App. 38 Etg. 0000			
Montant des frais :	مبلغ المصارييف : درهم 801,4 Dhs.			
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة : 01			

Description des actes effectués

وصف العمليات المحددة

التاريخ المعمليات Date des actes	رمز المعمليات Code des actes	معامل المعمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
٠٩/١١/٢٢	٩			١٨٣	 DR. ADN BIKKALI Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Rés Nakhil, Imm 5, App 12, El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca 052 52 58 06

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدين: عمليات

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطبع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

[NP :] + + + + + + +

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصورة والمعنى

نوع العملية Type d'opération	رقم العملية Numéro d'opération	معامل العملية Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	شارة أو الإهابي Signature et C ou I
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

Description des ordonnances exécutives et dispositifs -découpe, formalisation et codification

الطب والعلوم الطبيعية

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		وتطبع الصيغة او معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التغذية Date d'exécution	الثمن المغور Prix facturé	
4/10/8 2022.	651.00 DH	
INP : —————		PHARMACIE ENTIERE 107, 601101 Nadia 34, Rue Ibnou Sahl - Bourgogn 1, 0522 20 90 84 - Casablanca
09 10 26 3 M 3		
INP : —————		

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 :

Référence structurée : 220212410855344

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

GHAMRAOUI SANAA

RUE SOLTANE ABDELHAMID ETAGE 5 APPT 38

CASABLANCA 2016

N° d'immatriculation : 115209150

Règlement du mois : 02/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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
GHAMRAOUI SANAA										
077331598	04/01/2022	C	MR BEKKALI ADIL	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	90	72,00
077331598	04/01/2022	PHN	PHARMACIE ENFANTS	309,00	309,00	1,00	1,00	309,00	00	0,00
077331598	04/01/2022	PH	PHARMACIE ENFANTS	342,40	378,00	1,00	1,00	378,00	90	308,16
Total remboursé pour SANAA										380,16
Total général remboursé										380,16

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

ORDONNANCE

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhli, Imm 5, Appt 2, El Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 32 75 38 00

GHARRAOUI SANAA

ca 200 Le 04.01.2018

126.00 a 3
célentra 1g

51.00 a 3
cpl le rt

Tanfamil 500

cpl a 3.

140.00 a 3 h. 8.16

cpl a 3.

651.00 DH

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUAFIA
4, Rue Ibnou Jibr - Bourgogne
10022 209044 - Casablanca

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhli, Imm 5, Appt 2, El Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 32 75 38 00

⊗ Tanganil® 500 mg
تابغانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص -
728860 VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg
تابغانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص -
728860 VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg
تابغانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص -
728860 VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables

6 118001 300303

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables

6 118001 300303

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables

6 118001 300303

LECTIL® 16 mg
Bétahistine (dichlorhydrate)

30 Comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.

6 118000 240471

LECTIL® 16 mg
Bétahistine (dichlorhydrate)

30 Comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.

6 118000 240471