

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-710072

115829



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11560

Société : RAH EXPRESS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MEJJAD YASSIR

Date de naissance :

23/09/1976

Adresse :

Rue Ibn Tachfin, Résidence Tawassal,
Boulogne, Casablanca

Tél. : 0661541227

Total des frais engagés : 321,50

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

EL MEJJAD YASSIR / /

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Age :

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF

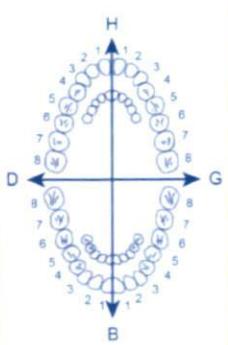
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

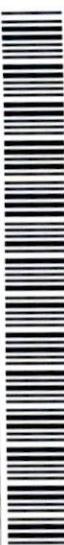
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(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 : 220415001734510		Emis à Casablanca le : 00/00/00	
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 135944778 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement		BENNANI LAMYAE 39 LTS KENZA JENANE MY KAMEL FES 3001	
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
BENNANI LAMYAE										
089027505	14/03/2022	C	MME PAYELLE NATHALIE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089027505	14/03/2022	PHN	PHARMACIE ANFAPLACE	185,80	140,00	1,00	1,00	140,00	00	0,00
089027504	06/04/2022	C	MME PAYELLE NATHALIE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089027504	06/04/2022	PH	PHARMACIE ANFAPLACE	121,50	121,50	1,00	1,00	121,50	70	85,05
089027506	22/03/2022	C	MME PAYELLE NATHALIE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089027506	22/03/2022	CG	MME PAYELLE NATHALIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089027506	22/03/2022	B	LABORATOIRE D ANALYSES MED	1 606,00	1,10	180,00	1,00	1 298,00	70	908,60
Total remboursé pour LAMYAE										1 161,65
Total général remboursé										1 161,65

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

 الضمان الاجتماعي CNSS La devoue de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM: 1201 مرجع رقم: 610-1-02
---	---	---	---------------------------------------

(0640) 700000

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Bennani Lamya : الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 135944778 : رقم التسجيل :

N° CIN : 1793532 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : Rue Ib Mou Zahi Tanava I Bourgogne : العنوان :

Montant des frais : 321-50 Dhs : مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes : 3 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Bennani Lamya : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 1981-01-01 : تاريخ الازدياد :

N° CIN: 1793532 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ♂ F ♀ الجنس :

INPE et code à barres : 09177341 : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر --

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

Type de soins* نوع العلاجات*

Hospitalisation مستشفى Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>RAJAH</u> Le : <u>2016-01-01</u> توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables. Fait à : <u>RAJAH</u> Le : <u>2016-01-01</u> توقيع طبيب العلاج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	أصر بمحض تقديره وصحة المعلومات المذكورة أعلاه بـ : <u>RAJAH</u> في : <u>2016-01-01</u>
--	--	---

* 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

المسحوق الوطني للمصانع 21 جنحاري - ساحة دكار - الدار البيضاء الجديدة - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS Place de DAKAR Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone 080 203 3333

أنتبه إلى الملاحظة

وصف العمليات المجرأة

Description des actes effectués					توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé		توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
060422		60,0			Dr. PAP Dr. PAP Avenue de la Générale Residence Almouz Imm. 2 20100 Casablanca Tél: 0522 555 555 Fax: 0522 555 555
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين

Actes Paramédicaux						توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

-CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

الخدمات الطبية والأشعة والصور					نوع وطبع طبيب الأشعة أو الإيجياني
نوع العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	المبلغ المفoter	نوع وطبع طبيب الأشعة أو الإيجياني	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
Date des actes	Code des actes	Lettre clé → cotation NGAP / NABM	Montant facturé		
INPE et code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
نوعي وطابع الصيحي أو مسمون التجهيزات الطبية		نوعي وطابع الصيحي أو مسمون التجهيزات الطبية
نوعي وطابع الصيحي أو مسمون التجهيزات الطبية	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	نوعي وطابع الصيحي أو مسمون التجهيزات الطبية
نوعي وطابع الصيحي أو مسمون التجهيزات الطبية	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	نوعي وطابع الصيحي أو مسمون التجهيزات الطبية
06-04-2022	121,50	
INPE et code à Barres INPE: 092960565		
INPE et code à Barres INPE: 092960565		

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

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

الدكتورة نظالي بيل

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية
(السكري ، السمنة ، الكوليسترول ...)

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le 06/04/2012

BONNAND

La myae

40,50 x 3

11 faudre en 80 11
3 nœs.

T. 121,50

N. PAYELLE Nathalie
Médecine Générale
Résidence Annour Immeuble 2
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél. 06 22 36 84 76 - GSM 06 61 32 53 22

Medicament non prescription medicale
دواء بصرف بدون وصفة طبية



AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

Fabricant / المُنْتَج /
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
بُنْتَجْ فَابْرِيْ مَدِيْكَمَانْتْ بُرُوُدُكْشَنْ
شارع البايس - 45500 جين - فرنسا

Medicament non soumis à prescription med.
دواء بصرف بدون وصفة طبية

PPV .40.50 DH

319334

6 118001103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimes pellicules

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOLIDI



PPV .40.50 DH

Medicament non soumis à prescription med.
دواء بصرف بدون وصفة طبية

PPV .40.50 DH

319334

6 118001103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimes pellicules

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOLIDI



AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

Fabricant / المُنْتَج /
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
بُنْتَجْ فَابْرِيْ مَدِيْكَمَانْتْ بُرُوُدُكْشَنْ
شارع البايس - 45500 جين - فرنسا