

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.

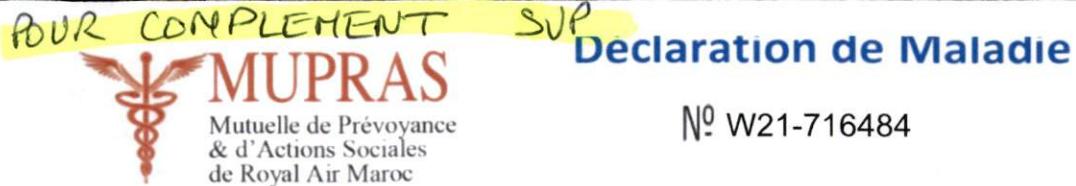
Maladie et Affection Longue Durée AID et AIC

- 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.



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11958</u>	Société : <u>11858A</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AKBIL ZAINA</u>			
Date de naissance : <u>15/09/1977</u>			
Adresse :			
.....			
Tél. : <u>06 6114 3402</u>	Total des frais engagés :		

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> 	<p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at- médecin conseil de la Mutuelle.</p>		
---	--	--	--

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Lyon Le : 09/06/11

Signature de l'adhérent(e) : _____

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610 2 06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 220314129725185	Emis à Casablanca le : 29/03/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 131248645 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement	OUAZZANI TOUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034	
	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
OUAZZANI TOUHAMI MHAMED										
088958713	16/02/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
088958713	16/02/2022	K	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	140,00
088958713	16/02/2022	PHN	PHARMACIE	130,90	130,90	1,00	1,00	130,90	00	0,00
088958713	16/02/2022	PH	PHARMACIE	280,20	138,50	1,00	1,00	138,50	70	96,95
Total remboursé pour MHAMED										341,95
Total général remboursé										341,95

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصف العمليات المجردة				
Description des actes effectués				
تاريخ 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
16/02/82	CP		300DH	
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

CIM-10

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور				
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé
16/02/82	411,10
INPE et code à Barres 	
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

صيدلية المدينة الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Azzeddine AZENNAR

06 18 532 602

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: top;">موافقة مسبقة *</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: top;">Entente préalable *</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: top;">تنبيه *</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: top;">Exécution *</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>	موافقة مسبقة *		Entente préalable *		تنبيه *		Exécution *		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : Réf. - 610-1-02	<small>Ref. ANAM : 1201/01</small>
موافقة مسبقة *											
Entente préalable *											
تنبيه *											
Exécution *											

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : OUAZZANI TOUHAMI MOHAMMED الاسم العائلي والشخصي :N° Immatriculation : 11311214181645 رقم التسجيل :N° CIN : 1815711286 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint زوجEnfant ابنAdresse : 10, Rue ADELIA & BEN MATHOUY PALMDER CASABLANCA العنوان :

Montant des frais : درهم Dhs مبلغ المصاري :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : OUAZZANI TOUHAMI MOHAMMED الاسم العائلي والشخصي :Date de naissance : 14/6/1972 تاريخ الازدياد :N° CIN : 1815711286 رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :INPE et code à barres ** 091113531 الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري **

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation استشارة Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des enseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : ب: في:

Le : 16/02/2022 ب: في:توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Caquet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* 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

أشطب الخانة المناسبة

N. Dossier:

NUZAN TOUR

Interacoustics A/S

Drajenvænget 6

5610 Assens

clinique ORL ET MAXILLO-FA Interacoustics JOUR

15/02/2022 14:52:32

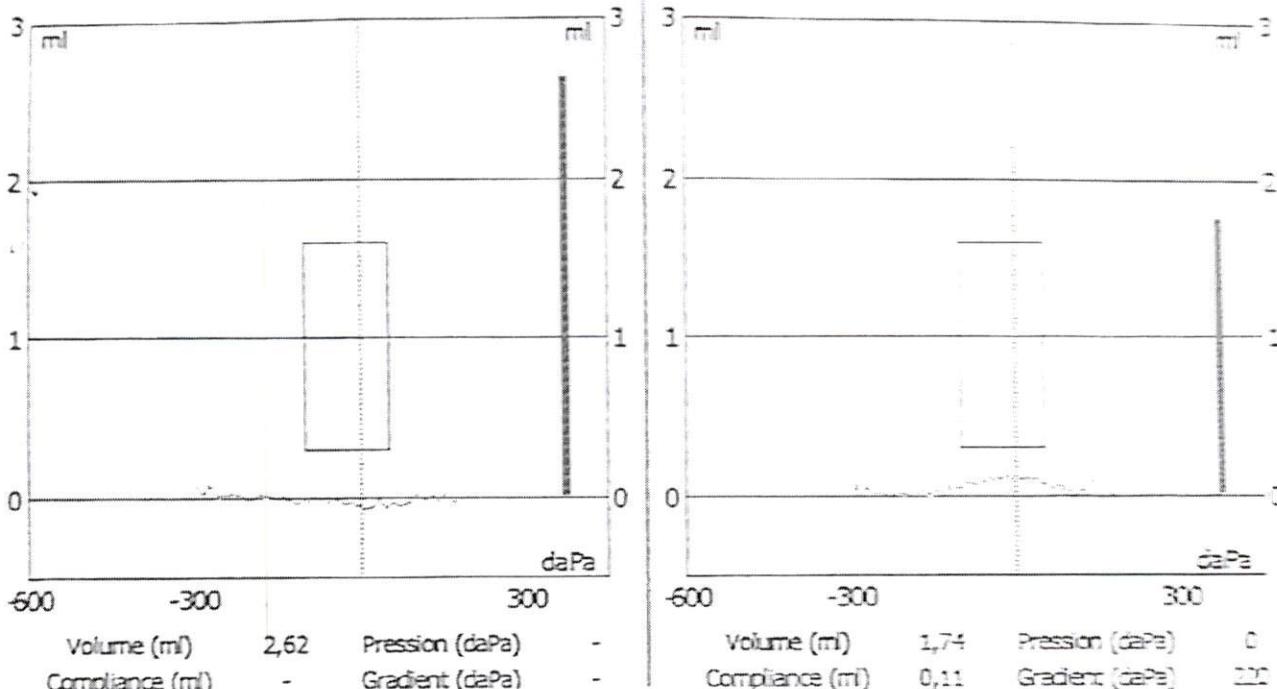
Droite

226 Hz

Tymo 226 Hz

Gauche

226 Hz



Clinique O.R.L Beausejour
198 Bd. Ghandi Casablanca
Tél: 0522 99 42 41 Fax: 0522 99 42 40

مصحة بوسبيجور

CLINIQUE ORL ET MAXILLO-FACIALE BEAUSEJOUR

198, Bd. Ghandi - Casablanca - Maroc Tél.: 05 22 99 42 41 - Fax : 05 22 99 42 40
Patente : 34750161 - C.N.S.S. : 2599845 - I.F. : 1084499 - R.C. : 79441 - I.C.E.: 001540516000056

N° 0224

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Le 16.02.2022

Mr, Melle, Mme, Enft

: AIAZZANI TOUHANI MOHAMED

Renseignements Clinique :

Pour

π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π PEA

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

π FIBROSCOPIE NASALE

π FIBROSCOPIE LARYNGÉE

π A M S A

Clinique O.R.L Beausejour
198 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

Montant : ... 200 m

Deux cent mille

مصحة بوسيجور

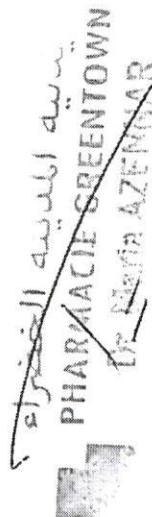
CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

- Le 16/02/22 MARZANE
TOMAHE
M'hamed
- TANOTAN
physiomer (sep 3/2) 10i
 - Spulezlin 15
 - TABUNEX
Spulezlin 10
 - AERTUS
sep 1/1 mois
 - Kopred 20
sep 1/4 i
 - VISENTEE
sep 1/10 i



PROFESSOR MOKRIM
OTORHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
198, Bd Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 99 42 41