

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

146338

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 685

Société : NQ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BACI+DA Di Badia

Decart adent aux

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 11 51 04 14

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Complément

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Halla Ben Abdellah

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 :

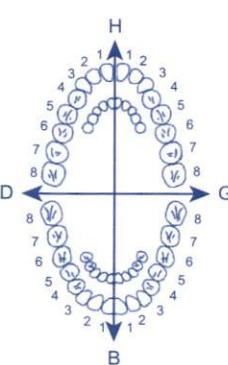
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



الضمان الاجتماعي
Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNSS

Casablanca, le 22/12/2022 الدار البيضاء، في

Direction de l'assurance maladie obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE ALAMANE
MOHAMED EL HAYYANI,

CNSS
998567983
AMO

Réf : N° d'immatriculation : 189828910

Nom et prénom de l'assuré : BENMOUSSA AZZEDINE

Nom et Prénom du bénéficiaire : BENMOUSSA AZZEDINE

Utilisateur : R4981

الموضوع : شهادة التحمل

سيدي، سيدتي

جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل رقم 998567983 والذي
وافيتمونا به بتاريخ 21/11/2022 نطلعكم على موافقتنا
بخصوص :

Le bénéficiaire

BENMOUSSA AZZEDINE

المستفيد

Le montant accordé

12670 DH

المبلغ المعوض

La validité de prise en charge

du 16/11/2022 au 16/12/2022

صلاحيّة التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترافق بطلب التعويض الذي يجب ايداعه في اجل لا يتعدي 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

ونفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Réservez :

- Detail pharmacie sr lmr
- Resultats ana-path
- Compte rendu operatoire

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge



مصحة الأمان

Clinique Al Amane

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

01587/22

Du : 21/11/2022

Organisme de PEC : CNSS

NOM DU PATIENT : M. BENMOUSSA AZZEDDINE

SEJOUR : Du 16/11/2022 au 21/11/2022

Montant ticket modérateur (dhs) **5 430,00**

Arrêt la présente à la somme de **CINQ MILLE QUATRE CENT TRENTE DIRHAMS**

Signature de l'adhérent

CLINIQUE AL AMANE
39, Rue Mohamed Al Hayani
France Ville - Casablanca
Tél: 0522 25 38 72 / 0522 25 10 62
Fax: 0522 98 88 94

CLINIQUE AL AMANE



090062191

FACTURE N° 01587/22

CASABLANCA Le : 21-11-2022

Identification		Organisme : CNSS	
N° Dossier : 22K16150708	N°Identifiant : 003997/22		
Nom & Prénom : M. BENMOUSSA AZZEDDINE		N° d'affiliation :	
C.I.N. : B411456		N° d'immatriculation : 18928910	
Adresse : RES AL FERDAOUSSE NR 06 BD ABDELHADI BOUTALEB H.H		N° Prise en charge : 998567983	
Date Prise en charge :		Date Prise en charge :	
Assuré		Période d'hospitalisation	
Lien avec l'assuré: Lui même		Date Entrée : 16-11-2022	
Nom Prénom : BENMOUSSA AZZEDDINE		Date Sortie : 21-11-2022	
Date Prise en charge :			
forfait			
Prestations	Observation	Qté	Prix U.
ECG		1	100,00
K150		1	12 000,00
SEJOUR EN REANIMATION		3	1 500,00
PHARMACIE		1	1 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DIX-HUIT MILLE CENT DIRHAMS		TOTAL GENERAL 18 100,00	
		TOTAL ORGANISME 12 670,00	
TOTAL ADHERENT		5 430,00	

Banque	R.I.B
Attijariwafa Bank	007 780 0001291000000707 23

Facture Imprimer par : ADEL MEHDI

CLINIQUE AL AMANE
39, Rue Mohamed Al Hayani
France Ville - Casablanca
Tél: 0522 25 38 72 / 0522 25 10 62
Fax: 0522 98 88 **



Agence : SIEGE
Date : 21/11/2022

Destinataire

CLINIQUE ALAMANE
39 RUE MOHAMED EL HAYYANI, QUARTIER
FRANCE VILLE
20000
CASABLANCA

OBJET : ACCUSE DE RECEPTION

N°CNSS : 189828910

N°Dossier : 998567983 ↗

Type dossier : Demande de prise en charge

Valeur du dossier : 19900 Dhs

Nombre de pièces (y compris le formulaire et la prise en charge) : 1

Bénéficiaire : AZZEDINE BENMOUSSA

Nous vous informons que votre dossier est réceptionné et qu'il sera transmis au service concerné afin d'en étudier l'éligibilité au remboursement.

Dans le cas où contrôle médical physique s'avèrerait nécessaire, une convocation précisant le lieu et la date du contrôle vous sera adressée par courrier.



مصحة الأمان
Clinique Al Amane

**PLI CONFIDENTIEL
DU MEDECIN TRAITANT**

Nom du patient : BellMOUSSA AZZEDINE

1 / Date de constatation de la maladie :

16/11/2022

2 / Renseignements cliniques :

Tumeur pyelique gauche

3 / Traitement envisagé et actes :

Néphro uroctomie totale

K150

CLINIQUE AL AMANE

4 / Durée prévisible du traitement :

France Ville Casablanca

Tel: 0522 25 38 72 / 0522 25 10 62

Fax: 0522 98 88 04

A Papa

19/11/22

*Le
Chirurgien Urologue
101 Angle Bd Abdeloumen
Bd Anoual CASABLANCA
0522 86 33 99 / 0522 86 59 99*

Cachet et Signature :