

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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11361 Société : RAN

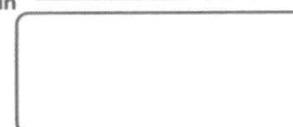
Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Zoubir ZINEB

Date de naissance : 05.06.75

Adresse :

Tél. : 066.1111752 Total des frais engagés :



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'at^h médecin conseil de la Mutuelle.



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.

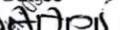
Fait à : AGDSS Le : 16/05/23

Signature de l'adhérent(e) :



Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

نارخ العمليا te des actes	رمز العمليا Code des actes	معامل العمليا Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
٤١٠٣١٨٣	٤١٤٧١	٤١٤٧١	٤١٤٧١	 Hôpital Universitaire Cheikh Anta Diop Service Urologie N°P.F. : 05005 022-567 70 00
E et code à Barres				
E et code à Barres				

CIM-10

les Paramédicaux

ملفات المساعدين الطبيين

نوع وظيفة المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	المبلغ المفوت Montant facturé	عدد العمليات Nbre d'actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحباري Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

موقع وظيفة الصيدلي أو ممدون التجهيزات
الطبية

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشنبه المعنود Date facturé SAFIA KHALLAD Dr. Pharm. 85, N°1 Rue 13 El Wifak I Oulja - Casa - Tel. 022.90.14.24	موقع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
04/03/23	282150	PHARMACIE DAWDIA Safaa KHALLAD Docteur en Pharmacie 85, N°1 Rue 13 El Wifak I Oulja - Casa - Tel. 022.90.14.24
INPE et code à Barres _____	Oulja	
092110634		
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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

021031223 Hôpital Universitaire de Strasbourg
Pr. RABH Redouane
Unité de Transplantation Renale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABHI Redouane
Urologie-Transplantation-Rénales

H. SITARY

- Mf' app

TP + TCH

free no-fines

CLINIQUE D'ANALYSES MEDICALES
KARIMLAB
Angle Bd. Guir Rabii et Oued Darra
Quartier El Oulta - Casablanca
22932 Casablanca
Tél: 022 55 22 15
Fax: 022 55 22 15
24/02/2023 14:42:21
Hôpital Universitaire
Pr. F. B.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Renale
091037705
Mr SITARY Said
21-07-1978

SITARY Said
-07-1978 M

2303030005
A collar sur l'ordonnance

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



مختبر التحاليل الطبية كريملاب **KARIMLAB** LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris
DU Assurance Qualité Paris V

FACTURE N° : 230300078

ICE : 001602781000008

INRE



093002301

Casablanca le 03-03-2023

Mr SITARY Said

Demande N° 2303030005
Date de l'examen : 03-03-2023
AMO

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait prélèvement	E10
0111	Créatinine	B30
0216	Numération formule	B80
0239	Temps de céphaline: TCK	B40
0236	Taux de prothrombine	B40
0135	Urée	B30

Total des B : 220

TOTAL DOSSIER : 252.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante-deux dirhams

* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00

• Prélevement à domicile commun

• 432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 ☎ 06 61 61 46 29 ☎ 05 22 93 21 31 ☎ karimlab2005 ☎

- Autorisation : 4928 - CNSS : 6974332 - IF : 51505825 - Patente : 36000461 - TCE : 00160282100008 - TNRE : 00200000



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مراجع رقم : 610-2-06

	Emis à : Le : 24/03/2023	CASABLANCA أصدر ب : بتاريخ : 24/03/2023	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période du : 22/03/2023 au : 22/03/2023	102974146 أداءات الفترة : من : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة : من : إلى	Destinataire SITARY SAID	المرسل إليها

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	نوعية المراجعة	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SITARY SAID											
54904263	04/03/2023	CG	UROLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/03/2023	0,00
54904263	04/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES UROLOGIE	282,50	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	22/03/2023	197,75
54904264	02/03/2023	CG	LABORATOIRES D ANALYSES	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/03/2023	0,00
54904264	02/03/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	252,00	242,00	220,00	1,00	242,00	70,00	22/03/2023	169,40
Total remboursé											367,15
Total général remboursé											367,15

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO D'AMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو الزيارة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام