

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.

N° W21-812161

169506

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

R 5183

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SHAMI

Fatima

Date de naissance :

01.01.1958

Adresse :

**R. Scenecor, angle R. IBN. KALAKIS, Bd. Bourgogne
N° 130. CASA**

Tél. :

06.05.90.43.20

Total des frais engagés :

836,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

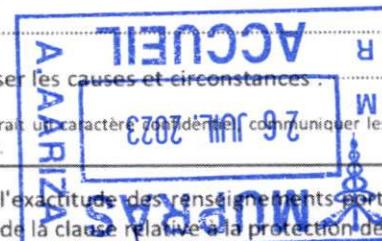
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère d'urgence, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire de l'assurance.

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 :

CASA

Le : **26/07/2013**

Signature de l'adhérent(e) :

mej





Royaume du Maroc

ابن رشد
الدارالبيضاء

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN

Date 18/05/2013

Prénoms - Nom du malade : 115 1165 1166

Mr Ksar Ted

Service : N° d'admission :

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat, R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Teraltithe 260 mg, B100 cp
P.P.V : 67,80 DH

6 118000 060895

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:239,00 DH
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:239,00 DH
6 118001 140800

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V :29DH50
LOT :22E003
PER.:09 2024
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V :29DH50
LOT :22E003
PER.:09 2024
6 118000 011576

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :57DH30
LOT :21E005V
PER.:10 2026
6 118000 060482

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :57DH30
LOT :21E005V
PER.:10 2026
6 118000 060482

LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V :20DH80
LOT :22E004
PER.:06 2025
6 118000 012375

LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V :23DH80
LOT :22E004
PER.:06 2025
6 118000 012375

 <p>الضمان الاجتماعي CNS</p>	<p>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Relevé périodique des prestations AMO</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 610-2-06</p>
	<p>Emis à : CASABLANCA Le : 03/05/2023</p>	<p>أصدر ب : بتاريخ :</p> <p>Page 1 / 1</p>
<p>N° d'immatriculation 159689128 رقم التسجيل</p> <p>Règlements de la période du : 03/05/2023 من : au : 03/05/2023 إلى :</p>		<p>المرسل إليه</p> <p>Destinataire</p> <p>KSAR MOHAMED</p>

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	التعريفة المرجعية	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
KSAR MOHAMED											
114701958	15/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OPHTALMOLOGIE	386,20	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	03/05/2023	270,34
114701958	15/03/2023	CG	PHARMACIES D OFFICINES OPHTALMOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	03/05/2023	0,00
114701957	30/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	383,30	0,00	1,00	13,00	0,00	0,00	03/05/2023	195,30
114701957	30/03/2023	C	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	03/05/2023	56,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

<p>Pour plus d'informations :</p> <p>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</p>	<p>www.cnss.ma www.cnss.ma/Portail/ « Ma CNSS » 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200</p>	<p>للمزيد من المعلومات: يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للرسمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمخبص الإلكتروني على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام</p>
--	---	--

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 230501168

Casablanca le 29-05-2023

Mr KSAR Mohamed

Date de l'examen : 29-05-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0125	Lithium	B50

Total des B : 50

TOTAL DOSSIER : 70.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-dix dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

