

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Complexe Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6149* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *EL FASSI FATHI MOHAMED*

Date de naissance : *08/10/1959* *170 877*

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : *[Signature]*

CMN

العمليات الإحياء، الأشعة والصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

| Description des actes effectués | | | | وصف العمليات المجرأة |
|----------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 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 |
| 28-04 2023 | | | | Dr HASSEN Samah RADILOGUE INPE: 091186148 Dr. Bensghir Imad Oncopraticien INPE: 091263491 |
| INPE et code à Barres | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | |

CIM - 10

| Actes Paramédicaux | | | | | | | عمليات المساعدين الطبيين |
|----------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------------|
| 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

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتوجهات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|------------------------------|--|
| 28/4/2023 | 244,10 | Rue 81 Rue Salomon Jagger Tél: 06 09 06 07 08 002179350007 RC 3182 ZAF 100 ZAF 2040492 |
| INPE et code à Barres | | |
| INPE et code à Barres | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
|  الضمان الاجتماعي CNSS | 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 مرجع رقم : |
| | Emis à : CASABLANCA Le : 09/06/2023 | أصدر ب : بتاريخ : | Page 1 / 1 |
| N° d'immatriculation 129879030 رقم التسجيل Règlements de la période أداءات الفترة du : 09/06/2023 من : au : 09/06/2023 إلى : | | Destinataire BOUZIANE BADIA | |

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

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

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصارييف | التعرية المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ إرسال الأداء | مبلغ تعويض |
|--------------------------------|---------------|----------|--|-----------------------|--------------------|-----------------------|----------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| 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 |
| BOUZIANE BADIA | | | | | | | | | | | |
| 102352026 | 28/03/2023 | PH | PHARMACIES D OFFICINES Polyclinique CNSS | 244,10 | 0,00 | 1,00 | 5,00 | 0,00 | 0,00 | 09/06/2023 | 130 |
| 102352026 | 28/03/2023 | ECHO | Polyclinique CNSS | 200,00 | 200,00 | 1,00 | 1,00 | 200,00 | 70,00 | 09/06/2023 | 140 |
| 102352026 | 28/03/2023 | PSA | Polyclinique CNSS | 160,39 | 225,00 | 1,00 | 1,00 | 225,00 | 70,00 | 09/06/2023 | 112 |
| 102352026 | 28/03/2023 | C | MEDECINE GENERALE | 120,00 | 80,00 | 1,00 | 1,00 | 80,00 | 70,00 | 09/06/2023 | 56 |
| Total remboursé | | | | | | مجموع مبلغ التعويض | | | | | |
| Total général remboursé | | | | | | مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | |

- 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 DAMANE aux numéros

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

من المعلومات:
 جي زيارة موقعنا الإلكتروني.
 البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 طريق الهاتف
 الاتصال بالمحبوب الآلي على الرقم
 الاتصال بمركز الاتصال للضمان على الأرقام

Note confidentielle
(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

BOUZIANE Boudia

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e) : /

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres*

Dr Bensghir Imad
Omnipratiquant
INPE 091263491

Date de la consultation

28/10/14 / 12:00

Diagnostic et motif des soins :

Colite Nephritis

Antécédents et facteurs de risque :

- perfusion (Antalgique)
- Antibiotique + IPP
K5

Résultats des bilans para cliniques :

+ Tu de sortie

Libellé et nature des soins :

| Durée prévisible des soins | Date de début | Date de fin |
|----------------------------|------------------|-------------------------|
| | 18/10/14 / 12:00 | / / / / / / / / / / / / |

Fait à : ...

Le : 08/05/2014

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoller l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP : 1378729

N° SEJOUR : 230040221

FACTURE N° 2305011648

DATE D'ENTREE : 28/04/2023

DATE DE SORTIE : 28/04/2023

ASSURE :

MALADE : BOUZIANE, Badia

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BOUZIANE, Badia

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
|--|---------------|------------------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| AUTRES ACTES COTES EN K | | | | | | | | | | |
| ACTE DE SPECIALITE MEDICALE | K | 5.00 | 22.50 | 112.50 | | | | | 0.00 | 112.50 |
| CONSULTATION DE MEDECIN. | | | | | | | | | | |
| VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A | V | 1.00 | 120.00 | 120.00 | | | | | 0.00 | 120.00 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 44.53 | | | | | 0.00 | 44.53 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 3.36 | | | | | 0.00 | 3.36 |

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD TOTAUX : 280.39 DATE AT : 280.39

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE :

DEUX CENT QUATRE-VINGT DHS ET TRENTÉ NEUF CENTIMES REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

DATE FACTURE : 28/04/2023 EDITEE LE : 28/04/2023 PAR: KARIM RESTE D :

VISA ACCIDENT DE TRAVAIL N° DE PC : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

CLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA
2-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
000001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



| 1378729 | N° SEJOUR : | 230040198 | FACTURE N° 2303015287 | | | | DATE D'ENTREE : | 28/04/2023 | DATE DE SORTIE : | 28/04/2023 |
|----------------------|---------------|------------------|----------------------------------|--------|----------------|---------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| | | | | | | | DESTINATAIRE : | BOUZIANE,Badia | | |
| | | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | | | | |
| | | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | |
| | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | |
| | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| RADIOLOGIE | ECHOGR | 1.00 | 200.00 | 200.00 | | | | | 0.00 | 200.00 |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|------------|--------------------------------------|---|--|--|--|-----------|--------|
| 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE | TOTAUX : | 200.00 | | | | | | | 200.00 |
| présente facture à la somme de : | PLAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE: | |
| CENTS DHS | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 200.00 | | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | | | | | | | | |
| FACTURE : 28/04/2023 | EDITEE LE : 28/04/2023 | PAR: KARIM | ACCIDENT AU TRAVAIL | | | | | DATE AT : | |
| | | | N° DE POLICE | | | | | | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : | POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef | | | | | |
| | | | BANQUE : | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | | |



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 28/04/2023

Patient (e) : BOUZIANE BADIA

Prescripteur : DR BENSGHIR

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT:

Foie homogène de taille normale de contours réguliers sans lésion focale décelable.

VB libre, à paroi fine.

VBIH et VBP non dilatées

TP perméable de calibre normal

Uretérohydronéphrose droite modérée sans obstacle échographiquement décelable.

Rein gauche en place de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico-sinusale sans dilatation des cavités excrétrices.

Rate et tête du pancréas homogènes de volume normal.

Absence de masse ou de collection abdominale.

Vessie vide.

Absence d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION :

Aspect échographique de syndrome obstructif rénal droit.

Cordialement
DR HASSEN.S

DR HASSEN.S
DIAGNOSTIQUE
INPE: DSI 186148
RADILOGUE
Casablanca

DILLE D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE

demander au code

28/04/23



درب غلف

DERB GHALLEF

NOM DU MALADE

BOURRIKE RADIA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Colite Nephritis

Examen demandé

Biographie

Histoire

Dr. Bensahir Imad
Gachet Mohamedien
Omnipraticien
INPE:091263491