

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10327	Société :	FAI
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	7639X
Nom & Prénom :		Azzab, Ochamal	
Date de naissance :		06/11/1976	
Adresse :		Bd Hachemi El Fakili les Jardins de Rabat 2 ème étage 8 Casablanca	
Tél. :		06 66 49 38 49	
			Total des frais engagés : Dhs

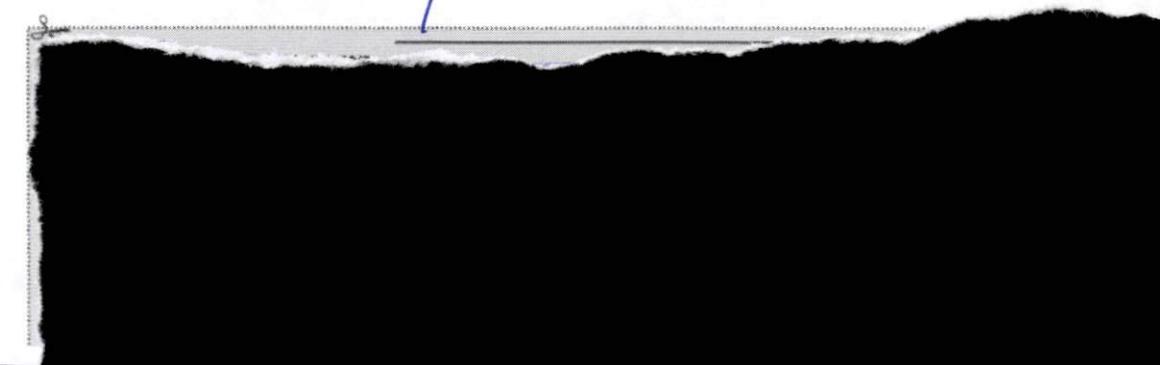
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ATICUI Samya Age: 31/04/76			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 22 SEP 2013

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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

Page 1 / 1 الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation	187211878	رقم التسجيل
Règlements de la période		اداءات الفترة
du :	18/09/2023	من
au :	18/09/2023	إلى

Destinataire

ATIQUI SAMYA

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية 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
ATIQUI SAMYA											
137104095	22/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OTO-RHINO-	244,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	132,37
137104095	22/08/2023	CS	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES OTO-RHINO-	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/09/2023	105,00
137104096	02/09/2023	PH	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES OTO-RHINO-	78,40	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	44,10
137104096	02/09/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES MEDECINE GENERALE	800,00	800,00	727,27	1,00	800,00	70,00	18/09/2023	560,00
137104096	02/09/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	18/09/2023	56,00
137104094	22/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	136,20	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	56,84
137104094	22/08/2023	CSC	CARDIOLOGIE	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/09/2023	175,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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

للزيادة من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن له
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمحبوب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو المنسان على الأرقام

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé ⁴ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفتوح Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
22.08 2023	G1	-	-	= 29000 + = 4000 = 33000	Dr. BILQADI YOUSSEF Spécialiste O.R.L. 119. 00. 05. 22. 33. 84. 84 131. 05. 22. 33. 84. 84

GIM-10

Actes Paramédicales

الطباطبائيون المساعدون عمليات

نوع العملية	رمز العملية	معامل العملية	قيمة المعامل	المبلغ المفوت	توقيع وطابع المساعد المعالج
Date des actes	Code des actes	Lettre clé+ Cotation NGAP	Valeur clé	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					
INP :					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الأشعة والصوت

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العملات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفتوح Montant facturé	لديك الأشعة أو الإيجان Signature et Cachet de ou Biologis
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التي تم تنفيذها والتجهيز

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Fournisseur des dispositifs médicaux

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفتوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP : []						
INP : []						
INP : []						

صف العمليات المحاسبة

on des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاریخ الـ s actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنوتو Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
08 13	G	-	-	2500 + dh	DR. BELQADI YOUSSEF Spécialiste ORL 119, Bd. Bologhine - 161, 05 42 23 84 84 03 22 98 14 61

CIM-10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix Facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22 08 23	244,90	
INP : 		
INP : 		
INP : 		

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف
 و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
 و تقويم الدوار والصمك والشخير
 طبيب الجامعة الفرنسية للفطس
 و الرياضيات المائية

CASABLANCA LE

22/08/2023

Madame ATIQUI Samia

168,90

AUGMENTIN 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

57,10

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

19,60

PARANTAL C 1000

1 comprimé 3 fois dans un demi verre d'eau 3 par jour pendant 6 jours.

T. 944,90

PHARMACE ERRAHMANE
 KETTANI Houda
 Directrice de l'école Matde
 119 Bd Bir Anzarane Résidence RAMZI (B) 2ème Etage - Maârif - Casablanca 20100 - Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53
 E-mail : belqadif@yahoo.fr

Dr. BELQADI Faouzi
 Spécialiste O.R.L
 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
 Tel : 05 22 23 84 84
 05 22 98 14 67

