

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 de données à caractère personnel.



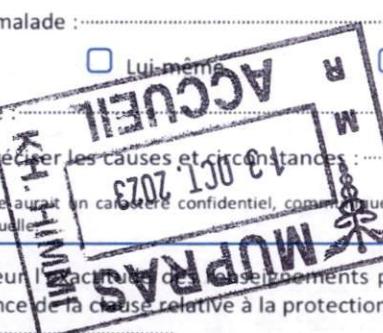
Déclaration de Maladie

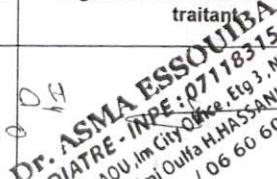
N° W21-817001

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>13337</u>	Société : <u>RAM</u>	<input type="checkbox"/> A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>A 78852</u>
Nom & Prénom : <u>FAIK Farah</u>		
Date de naissance : <u>15/11/1996</u>		
Adresse : <u>Hay Zalla Meriem Bloc C N° 245 Ben Slimane</u>		
Tél. : <u>06-66-03-09-66</u>	Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : /		
Nom et prénom du malade : Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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'attendeur 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 : /	Le : /	
Signature de l'adhérent(e) :		



Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
108123		C\$	250,00	D H	 Dr. ASMA ESSOUIBA PEDIATRE - INPE : 071183156 Bd Doud LAOU, Im City Office, Frg 3, N° C7 Quartier Missimi Oulfa H.HASSANI, Casa 05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30
et code à Barres					
-1-1-1-1-1-1-1-1					
et code à Barres					
-1-1-1-1-1-1-1-1					

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين						
تاريخ العمل des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المؤور Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
et code à Barres						
et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموندة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٠١٨/٠٨/٤٣	٥٨٦,٠٥	
INPE et code à Barres INPE: 092071778		
INPE et code à Barres 1111111111111111		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



**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 :

Page 1 / 1

صفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 169897910 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 11/09/2023 من
au : 11/09/2023 إلى

Destinataire

NOKRY AYOUB

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 ارسال 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
NOKRY MOHAMED ZAID											
130928200	29/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES PEDIATRIE	1085,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	11/09/2023	227,50
130928200	29/08/2023	CS		250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	11/09/2023	105,00
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

للمزيد من المعلومات,
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
او البروة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف
او الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
او الاتصال بمركز الاتصال الى الضمان على الأرقام



- Néonatalogie
- Vaccination
- Echographie
- Asthme
- Allergie diabète
- Maladies dermatologiques, infectieuses et respiratoire
- Urgence

Casablanca le:

12 9 AOUT 2023

760,00

700

1- Preventar 13

(S.V.)

325,00

2- Dufondx Hexa (S.V.)

1085,00

05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30
Bd Ouled Alau, Im City Dkme, F93, N°C7
QUARTIER MISSIMI OUÏA HAY HASSANI - CASABLANCA
PEDIATRE - N.P.E : 071183156



عمارة ستي - أوفيس، الطابق الثالث، رقم C7 (أمام مرجان - ماكدونالز الحي الحسني) حي مسيسي الولفة
الحي الحسني - الدار البيضاء

Imm City Office, 3ème Etage N° C7 (En face Marjane et Mc donald's Hay Hassani) quartier missimi
Oulfa Hay Hassani - Casablanca

05 22 89 61 41 06 60 60 37 30 cabinetasmaessouiba@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 325,00 DH
ID:648847
6 118001 140718

Prevenar 13®
suspension injectable PPV : 760,00 DH



6 118001 171057