

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 080096

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483

Société : complément

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AZHAK Mohamed

Date de naissance : 23/07/1954

Adresse : 58 Lot AL Adhama Sidi Mouslim CACA

Tél. : 0663084765

Total des frais engagés : 837,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELAFIR ZAKIA

Age :

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'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 : 06 / 08 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
26-12-23	K3 d			60200		

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicales	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	

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

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
26/12/2023	237,90			

ORDONNANCE

Dr. ZAHNOUNE Mohamed
 Médecin
 Service des Urgences
 Hôpital de la Faculté de Médecine
 Université de Tunis

F. V. Z. K. A.

126.30

15.00

18

22.00

31

14.60

41

1 = 237.90

1 cadul x 9 / 6 / 15

1 cadul x 9 / 6 / 15

1 cadul x 9 / 6 / 15

1 cadul x 9 / 6 / 15

1 cadul x 9 / 6 / 15

1 cadul x 9 / 6 / 15

Dr. MOHAMED ZAHNOUNE

Diplôme Universitaire en Médecine
d'urgence - Casablanca
Urgentiste / Médecine de famille
Consultation à domicile
ECG



الدكتور محمد زحنون

حاصل على دبلوم جامعي في طب المستعجلات
الدار البيضاء
طبيب مستعجلات
طبيب العائلة
فحص منزلي
تخطيط القلب

NOTE D'HONORAIRE

26.12.23

Facture détaillée:

Consultation:

6 00,00

Injection Consommable

Oxygène + Nébulisation

ECG:

Écographie:

Total : 6 00,00 DH

Dr. Mohamed Zahnoune vous souhaite un bon rétablissement

A.M:

EL OFIR ZAKIA

Et vous adresse selon l'usage, sa note d'honoraire soit la somme de

Six cent DHs

DH

06 04 11 10 69 / 06 61 11 33 69 24H/7J

Adresse: 258, Rue Mustapha El Maani Bureau N°10 3ème étage Casablanca

24H/7J En cas d'urgence appeler: ☐ 06 04 11 10 69

Email: Drmzahnoune@gmail.com

Site Web : www.urgentiste.ma



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 : أصدر ب :
Le : 16/01/2024 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 193302413 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 16/01/2024 : إلى : 16/01/2024 :
أداءات الفترة

المرسل إليه
Destinataire
EL OFIR ZAKIA

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 استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعويضة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número 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
EL OFIR ZAKIA											
144559339	26/12/2023	V1	MEDECINE GENERALE	600,00	120,00	1,00	1,00	120,00	70,00	16/01/2024	84,00
144559339	26/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	237,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	16/01/2024	132,02
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											216,02
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											216,02

- 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
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام