

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7780 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAN A neie

Date de naissance : 13/05/1970

Adresse : SKELLIA I lot 81 rue 1A Casab 100

Tél. : 0661511709 Total des frais engagés : 1416200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :





بيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. 610-2-06

مفعول رقم

Page 1 / 1

صفحة

المرسل إليها

N° d'immatriculation 110794049
Règlements de la période
du : 15/01/2024 : من
au : 15/01/2024 : إلى

Emis à : CASABLANCA

اصدر ب :

Le : 15/01/2024

Destinataire

KANA MARIEM

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

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

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
147947226	03/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICES ENDOCRINOLOGIE ET	228,70	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	13/01/2024	160,09
147947226	03/01/2024	B	MALADIES ENDOCRINOLOGIE ET METABOLIQUES	888,00	858,00	780,00	1,00	858,00	70,00	13/01/2024	600,60
147947226	03/01/2024	CS	MALADIES ENDOCRINOLOGIE ET METABOLIQUES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947225	02/01/2024	T233	MALADIES RADIOLOGIE METABOLIQUES	600,00	410,00	41,00	1,00	410,00	70,00	13/01/2024	287,00
147947225	02/01/2024	R402	RADIOLOGIE	600,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
147947227	02/01/2024	CS	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947227	02/01/2024	P	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	250,00	249,70	227,00	1,00	249,70	70,00	13/01/2024	174,79
147947227	02/01/2024	ECHO	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعريض					
Total général remboursé						مبلغ التعريض 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

للحجز من المسطول:
لرجم زمرة مواعظنا الإلكتروني
أو البردية الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم
لـ الاتصال بمركز الاتصال في الضمان على الأرقام

Description des actes effectués							ال العمليات المصححة
Date des actes	نوع العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	الصلع المصحح	توقيع وطابع الطبيب المعالج	Signature et Cachet du Médecin traitant	
03/01/2014	Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Montant facturé	3000D+			
INPE et code à Barres							
							--
INPE et code à Barres							

CIM-10

Actes Paramédicaux							عمليات المساعدين الطبيين
Date des actes	نوع العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	عدد العمليات	الصلع المصحح	توقيع وطابع المساعد الطبي	Signature et Cachet du Paramédical
				Nbre d'actes	Montant facturé		
Barcode à Barres							

Internationale des Maladies - dixième révision

ورقة العلاجات المتعلقة بالضرر		Feuille de Soins Maladie	مدونة التأمين الصحي (الصادر عن) Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
		<input type="checkbox"/> Entrée prévalente	<input type="checkbox"/> Entrée
N° Dossier :		Ref. 610-1-02	
Partie réservée à l'assuré(e)		holder de la carte maladie et le titulaire de la carte d'assurance sociale	
Nom et prénom : KANA Aïda		الإسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 410.394049		رقم التسجيل :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعرف الوطني :	
Lièvement parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)	
Conjoint <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>	
Adresse :		العنوان :	
Montant des frais : درهم ٤٠١٦٧ د.د.		مبلغ المصروف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins : KANA Aïda			
Nom et prénom :			
Date de naissance :			
N° CIN :			
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à Barres ٩٣٣٣٩٥٩٩١			
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins نوع العلاجات			
Hospitalisation <input type="checkbox"/>		استشارة <input type="checkbox"/>	
Maternité <input type="checkbox"/>		أمومة <input type="checkbox"/>	
Accident <input type="checkbox"/>		حادثة <input type="checkbox"/>	
Maladie <input type="checkbox"/>		مرض <input type="checkbox"/>	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : Casablanca le : 03/01/2014		Fait à : Casablanca le : 03/01/2014	
Signature de l'assuré(e)		Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	
Cochez la mention utile pour chaque case			
Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres			
الصافي الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة ماكار - الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333			
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333			

بيانات الاجراءات، الاشعة والصور Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	الصياغ المعمول Montant facturé	مع وطابع طبيب الاشعة او الгинياتي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
٠٣ أكتوبر ٢٠١٨		B-780	8880	LABORATOIRE ANFA LAB Bd Yaacoub El Mansour, n° Annarjiss Beauséjour Casablanca Tél : 0522 982 411 - 0522 984 586
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis ووصفات التي تم تنفيذها والتحميمات الطبية الممومدة			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المعمول Prix facturé	مع وطابع الصيدلاني او صupon التحصيمات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/o Fournisseurs des dispositifs médicaux	
٠٣/١٠/٢٠١٨	22870	PHARMACIE ANNASSIM d'Yacoub Daoud Habiba N° 62/2 Oulfa casa ICE: 002042097000024 Tél: 0522 93 84 58	
INPE et code à Barres		INPE: 092010552	
INPE et code à Barres			

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

المستورة الدفع سعدة



Dr. EL BADII Saida

Endocrinologue - Diabetologue
783, Bd Yacoub El Mansour - Beauséjour Casablanca
Tél : 0522 39 46 81 - E-mail : elbadiiendocrin@gmail.com

0310126

KANA Moulou

19.60

Dr. Sait IS

19.60 point / sens

good

IS

19.70 Algental 19.70 19.70

IS

19.70 19.70 2b

Dr. ELBADII SAIDA
Endocrinologue - Diabetologue
783, Bd Yacoub El Mansour - Beauséjour Casablanca
Tél : 0522 39 46 81

283 شارع يعقوب آندريل بوسجر الدار البيضاء

283, Bd Yacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tél : 0522 39 46 81, E-mail : elbadiiendocrin@gmail.com

الدكتور البديع سعيد



Dr. EL BADII Saeid

Endocrinologue - Diabetologue

283 Bd Yacoub El Mansour

231 A12A

KANA Meriem

NFS

TSH

250H vitamine D3



LABORATOIRE ANFA
Bd Yacoub El Mansour, 283
Beauséjour - Casablanca
Tel : 05 22 39 46 81

283 بوليف يعقوب المنصور، برج ساجور، الدار البيضاء
283, Bd Yacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tel : 05 22 39 46 81, E-mail : elbadiiendocrino@gmail.com

LABORATOIRE ANFA LAB D'ANALYSES MEDICALES

RDC - Espace des arts, Angle bd Yacoub El Mansour et rue Amalpt, Beauséjour CASABLANCA
Tél : 05 22 39 82 41/06 24 28 45 06 - T.F. 34800898 - I.L. 4024682 - I.C.I. 006426503000094 INPE : 040639

INPE :

FACTURE N° : 240100020

Mme KANA Meriem

CASABLANCA le 03-01-20

CN	Récapitulatif des analyses	
	Analyse	
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	
0439	Vitamine D	
0163	TSH	
0216	Numération formule	

Total des B : 780

TOTAL DOSSIER : 888.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent quatre-vingt-huit Dirhams



