

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 :	7180	Société :	Mupras
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	704964
Nom & Prénom : KANA Nejma veue ESSRAA Nchadou			
Date de naissance : 13/05/1970			
Adresse : SKELINI lot 81 rue 17 Casab			
Tél. :	0661 511709	Total des frais engagés :	700,00 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :





البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

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

Relevé périodique des prestations AMO

Emis à : CASABLANCA
Le : 15/01/2024

أصل بـ:
 بتاريخ:

Page 1 /

مُصْنَف

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

Destinataire

KANA MARIEM

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

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

- Sauf erreur ou omission

ماعة خطاب نسب

Pour plus d'informations :

Tout plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre servante vocal.

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
80 203 3333 / 080 200 72

للزيد من المعلومات:
برجم زيلر مولينا
أو الروابط الإلكترونية
أو تطبيقات الهاتف

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء من ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casablanca - Téléphone: 0522 54 86 73

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Médecin de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)
05 22 44 51 00
05 21 44 52 30
06 61 32 20 02
Date : 04/01/2024

Casablanca le : 04 JAN 2024

Facture N° 200495807
ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 250,00 DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 04/01/2024

Pour MME KANA MERIEM

Sur ordonnance du DR: EL HOUARI

DR. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522445100 / Fax: 0522445230
GSM: 0661322002

Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - GSM : 06 61 32 20 02
Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - Casablanca
Email : laboratoirealaoui@gmail.com
N° INPE 091207704

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Pathologue

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Tel : 05 22 44 51 00

Fax : 05 21 44 52 30

Gsm : 06 61 32 20 02

Casablanca le : 04 JAN 2024

Nom et prénom: MME KANA MERIEM
Sur ordonnance du Dr: EL HOUARI
N° d'anapath: 017ACL0124

Parvenu au laboratoire le 04/01/2024

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques:

Age: 53 ans
Ménopausée
RAS

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement: Frottis cervical

Qualité du prélèvement: Optimale

Diagnostic descriptif:

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Nombreuses normales.

Conclusion

- Frottis cervical jonctionnel atrophique et dystrophique
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologue
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522445100 / Fax: 0522445230
GSM: 0661322002

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - GSM : 06 61 32 20 02
Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - Casablanca
Email : laboratoirealaoui@gmail.com
N° INPE 091207704

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

مختبرات الأحياء، الأشعة والصور

Date des actes	Code des actes	Numéro de l'acte	Montant facturé	Signature et cachet du Radiologue
21/2/2014		Chiffre	300,-	Dr. ALAOUI Bouhamid Abdelhaf Gynéco-Obstétricien 310, Rue Omar Rifi Casablanca Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30 GSM: 0661 322002
INPE et code à Barres	091101537092			
04 JAN 2014	2	227	250,-	
INPE et code à Barres	0911057051			

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Date d'exécution	Prix facturé	Signature et cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres	1111111111111111	
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

Laboratoire de Pathologie Alaoi

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhaf
Anatomo - Cytopathologist

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Âge

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

FCV: Vagin Exoco CBE: Endomètre

Dr. ELHODAÏD Abderrahim
Gynéco-Obstétricien
13, rue Neuf Château - Casablanca
Tel : 022 26 07 11

Signature et Cachet

310, Rue Omar Rifi Tél.: 05 22 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30
Patente N° 34306984 - Casablanca
Email : laboratoirealaoui@gmail.com

 CNSS Centre National de la Sécurité Sociale	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		0669 51 77 09	مديرية التأمين الصحي الاجتماعي <i>Gouvernorat de l'Assurance Sociale, Dakar</i> BP - 610-1-02
N° Dossier : Partie réservée à l'assuré(e)				
Nom et prénom : <i>KANA Dega</i> N° immatriculation : <i>119 294609</i> N° CIN : <i>PS 16 814 54</i>				حضر بالتصريح له (نها) الاسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج Adresse : _____		Demande d'attestation de la relation entre le bénéficiaire et l'assuré(e) Enfant <input type="checkbox"/> بـ		المسؤل : مبلغ المصاريف : عدد الوثائق المرسلة : تصريح التفريغ الملحظ :
Montant des frais : <i>Brهم 700,00 دhs.</i>				المصاريف : عدد الوثائق المرسلة : تصريح التفريغ الملحظ :
Nombre de pièces jointes : _____				الصافي عن العطاء : الإسم العائلي والشخصي : تاريخ الإيداع : رقم بطاقة التعرف الوطنية :
Déclaration du médecin traitant Bénéficiaire de soins : Nom et prénom : <i>Dr Aissa Diakhaté</i> Date de naissance : <i>1961-01-15</i> N° CIN : <i>PS 16 814 54</i> Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر / F <input type="checkbox"/> أنثى INPE et Code à Barres : <i>081053302</i>				التصدر : رقم الوكيل الاستدلالي والرقم المترافق :
Médecin garant المدحود المصالح		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
Type de soins		نوع العلاجات		
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استئصال <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> نوبة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>				
Faites sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.		
Saisi : <i>Dr Aissa Diakhaté</i> Le : <i>15/01/2016</i> سبعة العطاء له		Fait par : <i>Dr El Housni Gimega Oumar</i> Le : <i>26/01/2016</i> سبعة وسبعين المتصرف العادي		
Signature de l'établissement		موقعة وبيان الصفة والمنصب du titulaire de l'Etablissement de soins		

Description des actes effectués					وصف العمليات المخبرة
تاريخ العملية	نوع العمليات	رقم العيادة	بيانات العيادة	القيمة المدفوعة	توقيع وطابع الطبيب المعالج
Date des actes	Code des actes		Lettre clé + cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du Médecin traitant
21/02/26			C2	150	J. ELIOUARI Abdessamad Gynécolog Obstétricien 10 Rue Neuve BP 1000 13000 Aix-en-Provence
INPE et code à Barres					
09A0133C12					
INPE et code à Barres					
11111111111111111111					

Actes Paramédicaux							عمليات المساعدين الطبيين
Date des actes	نوع العمليات Type of procedures	رمز العمليات Code des actes	مختصر العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المدفوع 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