

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-006590

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

197765

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2423

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KASSIM

NATIKA

Date de naissance : 27/05/1953

Adresse : 127 Bd Patta Yaacoub 8^e étage N° 4

CASABLANCA

Tél. : 0663355119

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMID EL BOURACHAI A. Shukri

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

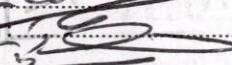
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA

Le : 6/10/2011

Signature de l'adhérent(e) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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'ODE.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 <p>الضمان الاجتماعي CNS</p>	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	
	Emis à : Le :	CASABLANCA 07/02/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
		المرسل إليه		
N° d'immatriculation 146378718 Règlements de la période du : 07/02/2024 : من au : 07/02/2024 : إلى		Destinataire MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM		

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.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة 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
MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM											
148574233	18/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	843,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	07/02/2024	598,50
Total remboursé											598,50
Total général remboursé											598,50

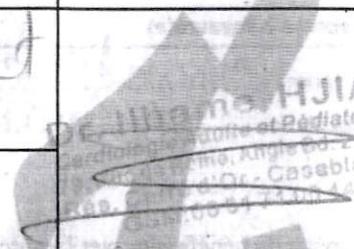
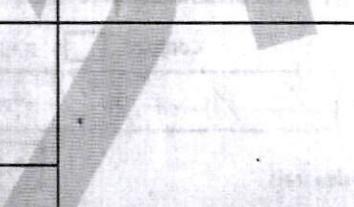
- Sauf erreur ou omission

ـ 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

المزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

actes effectués				وصف العمليات المجرأة
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
	Control	Arbut		
5063				

ux		العمليات المساعد الطبيين		
رمز العناية de des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغور Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
نوع و ملابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	التمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	843.00	18/12/23
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 092029792		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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

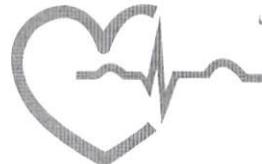
Nature de la prestation	Pris Unitaire	Quantité	Pris Total
-------------------------	---------------	----------	------------

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulst
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام الحجيج بنعمر

اختصاصية في أمراض القلب

للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلجيك - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي وباريس - فرنسا

Casablanca, le :

18/02/23

Nom : Dr Bourachdi Abderrahim

Xarelto 15 mg

Ex 314,00

+ 815,00

843,00

Lne 015

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 caps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090778

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 caps

P.P.V : 215,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090778

PHARMACIE DES HABOUS
M. A. El OUDI RDC
73, Bd Victor Hugo Casablanca
Tel: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 caps
P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090778

79, rue de Rome angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca
Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44