

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-440315

*Conjointe
gouter
sm.*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12647 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL OUARDI MEHDI

Date de naissance : 22/04/1985

Adresse :

Tél : 0673706626 Total des frais engagés : 906,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : RABAH IKRANE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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 : 05/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Obligatoire</p>	<p>Ref. ANAM : 12.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : RABAH Imane الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 11516121812161314 رقم التسجيل :
 N° CIN : 1A1E311614141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
 Adresse : Res. La Perle de Nouaceur II, Imm 6 App 2 العنوان :
Nouaceur

Montant des frais : 206,50 Dhs مبلغ المصاريف :
 Dhs

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :
 Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات
 Nom et prénom : RABAH Imane الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 27/04/1992 تاريخ الميلاد :
 N° CIN : 1A1E311614141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe : ☒ M ذكر ☐ F أنثى الجنس : *

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant الطبيب المعالج
 Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins * نوع العلاجات *
 Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Fait à : Casablanca ب :
 Le : 01/08/2014 في :
 Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
 Fait à : Casablanca ب :
 Le : 01/08/2014 في :
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

* Cocher la mention utile pour chaque case
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 190888596062647	Emis à Casablanca le : 29/08/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 156282694 Règlement du mois : 08/2019 Mode de paiement : Virement	RABAH IKRAME RES PERLE NOUACER 2 IMM 6 APPRT 2 NOUACER CASABLANCA 2010	
	Informations :		

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
RABAH IKRAME										
054936577	01/08/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
054936577	01/08/2019	PH	PHARMACIE	103,20	103,20	1,00	1,00	103,20	70	72,24
054936577	01/08/2019	PHN	PHARMACIE	502,80	41,10	1,00	1,00	41,10	00	0,00
Total remboursé pour IKRAME										177,24
Total général remboursé										177,24

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

4. Tedyfus q
 51,60 x 2 1 q 15 ptt 120's

5. Arnico gel

54,00 1 q 15 x 875
 8 dl

6. Doroth q

49,00 1 q 15 à ptt 121
 1 den Post Pochin 0 huz
 fixe ptt 320's

28/28/28

Pharmacie MA TESSA
 14 N° Perles de Nouaceur
 Tél 05 22 53 79 68
 606,10

TARDYFERON B9
 30 comprimés pelliculés
 Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg
 Distribué par Cooper Pharma
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
 PPV : 51,60 DH



0

322084

TARDYFERON B9
 30 comprimés pelliculés
 Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg
 Distribué par Cooper Pharma
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Jaoud CHEIKH LAHLOU - Pharmacien responsable
 PPV : 51,60 DH



0

730002



Ordonnance

Casablanca le :

01/08/2017

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle :

RAMIRAN

PHARMACIE ELA PERLA
r Mervem RIACHID ZOUINE
Perdes de Nouadour 14 N° 1
Tél: 05 22 53 79 68

1. 66,80

Flammoxicime

1 gprache x 2/5

2.

Madecassol poudre



41,10

1 gprache 1000 mg

3.

Pagnacare allongement

299,00

1 gprache

60 زنفة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معارف - الدار البيضاء

60, Rue Nablousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichaouvetliliia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
01.08.19					
INPE et code à Barres 1 0 9 4 1 1 3 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision