

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

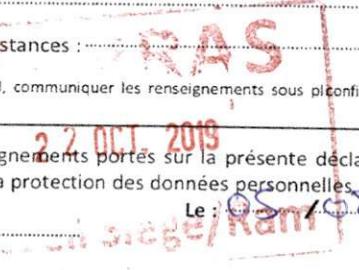
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-440315

*Conjoint
goutte
SM.*

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>12617</u> | | Société : <u>RAN</u> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>EL OUARDI MEHDI</u> |
| Nom & Prénom : <u>EL OUARDI MEHDI</u> | | Date de naissance : <u>22/04/1985</u> | |
| Adresse : _____ | | | |
| Tél. : <u>067370 66 26</u> | | Total des frais engagés : <u>906,00</u> Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : _____ | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>RABAH IKRAME</u> Age: _____ | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : _____ | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>RAS</u> | | | |
| 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 : CASA Le : 22 Oct. 2019
Signature de l'adhérent(e) : RABAH IKRAME 

Signature de l'adhérent(e) : RABAH IKRAME

| | | |
|--|---|--|
|  الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 <small>Ref. ANAM : 1.2.01.01</small> |
| موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable * | تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution * | |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : RABAT Ibrahime الاسم العائلي والشخصي :N° Immatriculation : 1A1E311614141 رقم التسجيل :N° CIN : 1A1E311614141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

 Conjoint

زوج

 Enfant

ابن

Adresse : Res. la Perle de Nouaceur n° 1, Imm 6 App 2 العنوان :Montant des frais : 906,50 درهم مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

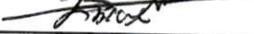
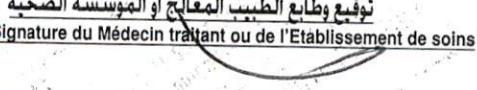
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : RABAT IKRAME الاسم العائلي والشخصي :Date de naissance : 1971-04-11 تاريخ الازدياد :N° CIN: 1A1E311614141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe* : ذكر M الجنس :INPE et code à barres ** 15911853141 الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

| | |
|---|---|
| Médecin traitant الطبيب المعالج | Etablissement de soins المؤسسة العلاجية |
|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|--------------------------|-----|
| 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 |

| | |
|--|--|
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : | أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : |
| Le : <u>21/11/2018</u> | في : <u>20/11/2019</u> |
| <u>توقيع المؤمن له</u> <u>Signature de l'assuré(e)</u>  | |
| <u>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</u> <u>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</u>  | |

* Cocher 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص-ب 2186، الدار البيضاء الجهة - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS_Place de DAKAR _ Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

أشطب الخانة المناسبة

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

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 | التعرية المرجعية Tarif de référence | المعامل Coeff. | الكمية Quantité | أساس التغطية 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. Tardifex g
51,60⁺₂ 1g 15 ptt 1 n°¹⁵



5. Arioso gel
54,00² 1g pdd chw x 375
à dr



6. Dorit g
18,00² 1g 15 à pdr 521
à dr Post Pochin à fer
fixe ptt 3 n°¹⁵

28/28/28

Pharmacie MAFRI Pharmacie MAFRI
14 N° Perles de Nouaceur Im 14 N° 1
Tél 05 22 53 79 68 05 22 53 79 68
Perles de Nouaceur Im 14 N° 1
Tél 05 22 53 79 68 05 22 53 79 68
606,10



Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



الدكتورة ليلية حموهي شوقي
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص والجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 01/08/2017 الدار البيضاء في :

Mme/Mlle : RIBAHI INIRAN

شارع مريم راشد زويني
nr Meriem RACHID ZOUIINI
Pedes de Nouaceur Im 14 N° 4
Tél: 05 22 53 79 63

1. Flammagine 5ml
66,80



Igofloridex x 215 ml

2. Madecassol 10g
44,10



3. Pynacare alleteren
299,00 1415

زنقة تابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء
60, Rue Nabrousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca
E-mail : hamoumichauchauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54

| العمليات الإحيائية، الأشعة والصور Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NABM | المبلغ المفoter Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
| | | | | |
| 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 | | | | |

| 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 |
| 04/08/15 | 606,00 | Pharmacie MA FERLA Dr Meryem RYACHI Ep ZOUNIYE Peres de Nouacour Iram 14 N° 1 Tel 03 22 53 78 63 |
| INPE et code à Barres | | |
| 021208022021 | | |
| | | |
| 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 | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
| | | | |

| وصف العمليات المجرأة | | | | | Description des actes effectués |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------------|
| ناريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant | |
| 01.08.19 | | | 300 | | |
| INPE et code à Barres 109141853114 | | | | | |

CIM-10

| عمليات المساعدين الطبيين | | | | | Actes Paramédicaux |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|---|
| ناريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres 109141853114 | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision