

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-440317

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : A2617

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUANDI MEHDI

Date de naissance : 22/04/1985

Adresse :

Tél. : 06 73 70 66 26

Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BABAH IKRANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Habib

Autelco 2019

Le : 08/12/2019

**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 :

Page : 1

Référence structurée : 191089648861717

Emis à Casablanca le : 03/10/2019

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

RABAH IKRAME
RES PERLE NOUACER 2 IMM 6 APPRT 2 NOUACER
CASABLANCA 2010

N° d'immatriculation: 156282694
Règlement du mois : 10/2019
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement/%	مبلغ التعويض Montant remboursé
RABAH IKRAME										
054936578	09/07/2019	CG	ETABLISSEMENT CHU BIOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
054936578	09/07/2019	B		250,00	1,10	150,00	1,00	165,00	70	115,50
Total remboursé pour IKRAME										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

 الصندوق الاجتماعي pour tous CNSS Le devoir de vous protéger	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h3> <h4>Feuille de Soins Maladie</h4> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 5px;">* موافقة مسبقة *</td> <td style="width: 50px; padding: 5px;">* تنفيذ *</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Entente préalable *</td> <td style="padding: 5px;">Exécution *</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *	Entente préalable *	Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM : 12.01.01 مرجع رقم : 610-1-02
* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *					
Entente préalable *	Exécution *					

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : RABAH IKRAME الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : AI E 3116146141 رقم التسجيل :

N° CIN : AI E 3116146141 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 Nouceur II, Fm 6 App 2 العنوان :

Montant des frais :

درهم Dhs

مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : RABAH IKRAME الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

12/01/1992

تاريخ الازدياد :

N° CIN:

AI E 3116146141

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

الجنس: *

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفري **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation استئنفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

Le : 15/01/2019

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

Le :

بـ :

في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- أشطب المانع المناسب -

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accroître l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

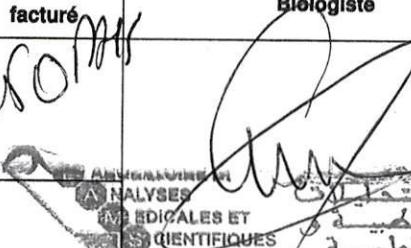
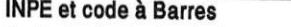
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS_Place de DAKAR _ Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

وصف العمليات المجرأة				
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
09.07.19	CS		Fayad	
INPE et code à Barres				
109_111_853_14				
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين				
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الالحیاء، الاشعة والصور
ناریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع طبيب الاشعة او الالحیائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
09/07/2019		BDFO	860	 <div style="text-align: center;">  <p>INSTITUT NATIONAL DE ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES الجامعة الطبية العلمية</p> <p>48, Boulevard Zerkouni - Casablanca Tél.: 05 22 27 66 09</p> </div>		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 		
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

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVENT
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 حمومي 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 : ٢٧/٠٧/٢٠١٩
Mme/Mlle : ريم جعفر

DDN 27/07/2019

Tel 0673 01 18 26



Pilowmat original
x 2

+ recherche de S

(Signature)

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



مختبر التحاليل الطبية والعلمية

Laboratoire d'Analyses Médicales et Scientifiques

Bactériologie - Hématologie - Biochimie - Parasitologie - Analyses nutritionnelles & fonctionnelles



Casablanca le mardi 9 juillet 2019

Madame RABAH IKRAME

PRELEVEMENT RECU

FACTURE N°	60249
------------	-------

Analyses :		
Prélèvement Vaginal -----	B	90
Antibiogramme -----	B	60 Total : B 150
Prélèvements :		
Ecouvillon-----	K	2,5
TOTAL DOSSIER		250,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Cinquante Dirhams





مختبر التحاليل الطبية والعلمية

Laboratoire d'Analyses Médicales et Scientifiques

Bactériologie - Hématologie - Biochimie - Parasitologie - Analyses nutritionnelles & fonctionnelles



Dossier ouvert le : 09/07/19

Prélèvement reçu à 18:22

Edition du : 11/07/19

Madame RABAH IKRAME

Né(e) le : 27/04/1992

Docteur LILIA HAMOUMI CHAUVENT

Réf. : PRE 19G143

Compte Rendu d'Analyses

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE D'UN EXSUDAT GENITAL

Prélèvement : VAGINAL
Aspect macroscopique : Blanchâtre

Examen cytologique

Leucocytes : Quelques.
Hématies : Absence.
Cellules épithéliales : Nombreuses

Bactériologie

Examen après coloration de Gram : Flore à bacilles gram + de Doderlein
Cultures sur milieux usuels : ABSENCE DE GERMES PATHOGENES
Parasitologie : Absence.

Mycologie

Examen direct : Quelques levures
Culture sur sabouraud : Candida albicans

