

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 canaux, 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 canaux.

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-440317

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2617 Société : KAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOUADI MEHDI

Date de naissance : 22/06/1975

Adresse :

Tél. : 0673706626 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RABAH IKRAME Age :

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

Nature de la maladie : RAS

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.


27 OCT. 2019

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 : 28/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOUET ADHERENT

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 191089648861717	Emis à Casablanca le : 03/10/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 156282694 Règlement du mois : 10/2019 Mode de paiement : Virement	RABAH IKRAME RES PERLE NOUACER 2 IMM 6 APPRT 2 NOUACER CASABLANCA 2010	
	Informations :		

معلومات :

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

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

<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 : 120101</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 : 1151612181619141 رقم التسجيل :

N° CIN : 1A1E3111614141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : Enfant ابن

Conjoint ☐ زوج

Adresse : Res. Le Perle de Nouzeur II, Im 6 App 2 العنوان : Nouzeur

Montant des frais : درهم Dhs مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : RABAH IKRAH الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 27/10/1992 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1A1E3111614141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر **

<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
---	---

Type de soins *

نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ مستشفى Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

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

أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Casablanca ب : 15/10/2019 في : 15/10/2019

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Casablanca ب : 15/10/2019 في : 15/10/2019

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

- * 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

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
09.07.19			CS				
INPE et code à Barres							
1 0 9 1 1 1 8 5 3 1 4							
INPE et code à Barres							
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							

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
----------------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------------	--

09.07.19	CS					
----------	----	--	--	--	--	--

INPE et code à Barres	
1091185314	

--	--	--	--	--	--	--	--

INPE et code à Barres

| | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |

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							
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres							
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

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
----------------------------------	--------------------------------	--	------------------------------------	---	---

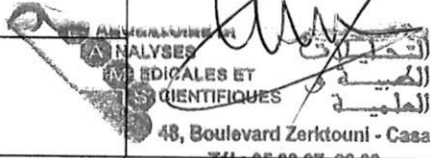
[illegible]

INPE et code à Barres

--	--	--	--	--	--	--	--

INPE et code à Barres

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
09/07/19		B150	25000		
INPE et code à Barres 092001586					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				48, Boulevard Zerktouni - Casa Tél.: 05 22 27 68 09	

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو 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 CHAUVET
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

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



الدكتورة ليلية حمومي شوقي
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

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 :

09/07/2019

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle :

12/13/14 12/13/14

DDN 27/04/1992

Tel 0673 01 18 26



Pilulament oral
x 2

+ recherche depto 8

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



مختبر التحليلات 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	Total : B 150
Antibiogramme -----	B	60	

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 CHAUVET

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

