

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.

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° P19- 062693

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3083 Société : Refnau
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENMORDELLI EL KHALI
 Date de naissance : 12.07.65
 Adresse : 137 Rue MARRAKHCH
 Tél. : 06 61 18 84 21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

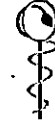
46,60

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : CHERIF ANASSI Age : 54 ans
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 09 MARS 2020

وصفة
ORDONNANCE



Le 15/05/78

Dr. Gherif Aouni

54-60

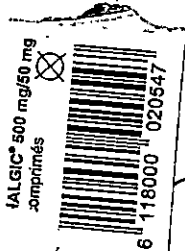


15.11

Netoal 2m

Pharmacie El Hayati
1, Bd. Oum Rahma, Doha - Tél. : 02 20 25 15 15

Canal 7



69.10

15-3/7-7

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP: 1103172 N° SEJOUR: 190061097

FACTURE N° 1905043143

DATE D'ENTREE: 15/09/2019 DATE DE SORTIE: 15/09/2019

ASSURE:

DÉSTINATAIRE:
CHERIF ALAMI, Jamal Mohamed

MALADE: CHERIF ALAMI, Jamal Mohamed
NOM JEUNE FILLE:

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S.:

TIERS PAYANT 1:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

N° SE. SOC. ETRANG.:

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLE

NOMBRE
x COEF

PRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

TIERS PAYANT 2

PART DU MALADE

TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE

Z

15.00

10.00

150.00

0.00

150.00

Intervenant: 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE

TOTAUX:

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC:

REMISE:

0.00

REGLE

ACOMPTE:

AVOIR:

RESTE DU:

150.00

DATE FACTURE: 15/09/2019

EDITEE LE: 15/09/2019 PAR: BAKHRI

ACCIDENT DE TRAVAIL

N° DE POLICE:

DATE AT:

Règlement à effectuer à l'ordre de:

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

BANQUE:

BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire:

011 780 0000 70 210 00 60 028 31

	RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO				Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire RFF : 610-2-06 :	
	Référence structurée : 191190414916221		Emis à Casablanca le :			Page : 1
	Identifiant de la famille		CHERIF ALAMI JAMAL 134 RUE MDAGHRA HAY EL HANAA CASABLANCA 2023			
	N° d'immatriculation : 112961737 Règlement du mois : 11/2019 Mode de paiement : Virement					
Informations :						

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
CHERIF ALAMI JAMAL										
063982762	15/09/2019	Z	ETABLISSEMENT PRIVE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
063982762	15/09/2019	PHN	PHARMACIE	13,25	13,25	1,00	1,00	13,25	00	0,00
063982762	15/09/2019	PH	PHARMACIE	56,35	54,60	1,00	1,00	54,60	70	38,22
Total remboursé pour JAMAL										143,22
Total général remboursé										143,22

Sauf erreur ou omission

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERS CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Dr. Youssef YAOUBI
Médecin Généraliste

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

* موافقة مسبقة *
Entente préalable *

* تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire *

Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

Ref. ANAM : 1.2.01.01

I° Dossier :

artie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

nom et prénom : CHERIF ALAMI NEY JNTA (الإسم العائلي والشخصي)

° Immatriculation : 112961437 (رقم التسجيل)

° CIN : 1341522-1-1 (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 : (العنوان)

montant des frais : 369,50 Dhs (مبلغ المصاريف)

nombre de pièces jointes : 4 (عدد الوثائق المرفقة)

déclaration du médecin traitant (تصريح الطبيب المعالج)

bénéficiaire de soins (المستفيد من العلاجات)

nom et prénom : (الإسم العائلي والشخصي)

date de naissance : (تاريخ الإزدياد)

° CIN : (رقم بطاقة التعريف الوطنية)

sexe : M ☐ ذكر F ☐ أنثى (الجنس)

PE et code à barres ** (الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر)**

médecin traitant : Dr. TOUSSER YAQOUBI (الطبيب المعالج)

établissement de soins : (المؤسسة العلاجية)

type de soins * (نوع العلاجات)

hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

teste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. (أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. (أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه)

Fait à : (في)

Le : (في)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins (توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية)

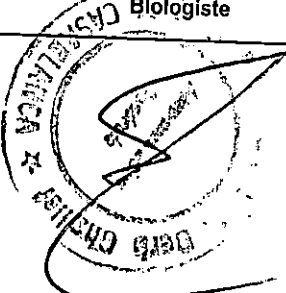
Signature de l'assuré(e) (توقيع المؤمن له)

* Cocher la mention utile pour chaque case (إنطاب الخانة المناسبة)

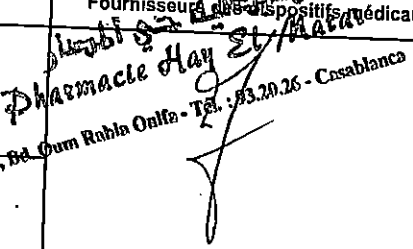
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres. (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ص.ب 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333 CNSS_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333)

063 982762 R 24.09.19

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant Facturé	عمليات الإحياء، الأشعة و الصور توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
15/09/19	1215			
NPE et code à Barres 1				
PE et code à Barres 1				

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 Fournisseur des dispositifs médicaux
15/09/19	69.60	 Pharmacie Hay El Hana 1, Bd Oum Rihla Oulfa - Tél. : 83.20.26 - Casablanca
PE et code à Barres 1		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 15/09/2019

Patient (e) : CHERIF ALAMI MED

RX DU GENOU DROIT F/P

Intégrité structurale et morphologique des éléments osseux radiographiés.

Absence de trait de fracture décelable.

Absence de lésion osseuse focale décelable.

Intégrité des interlignes articulaires.

Absence d'anomalie des parties molles.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Cordialement
DR HASSEN SEMAH
RADIOLOGUE
INPE: 0917 86 18 86