

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° W19-440167

Mutuelle Complémentaire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **1846**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHAZOUANI, TED EL NAHFOUD.

Date de naissance :

02-12-1954

Adresse :

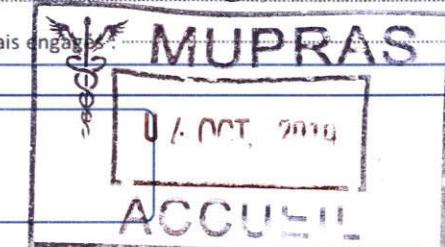
**10183 RESID ANDALOUSSIA BD ANOUAL
ENSAQ LANCA**

Tél. :

Total des frais engagés : **0** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 plconfidential 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 : **04/10/2019**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

المديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :

	Emis à : Le :	CASABLANCA 02/09/2019	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période	192159815 du : 01/08/2019 au : 31/08/2019	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire	ZOHRY FATIMA RES ANDALOUSSIA IMM 83 APPT 8 BD ANOUAL 20340 CASABLANCA-MAROC	المرسل إليه

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العيادات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	املاس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
63630855	02/07/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,0	1,00	150,00	70,00	29/08/2019	105,00
63630855	02/07/2019	B	PHARMACIE	910,00	1,10	810,0	1,00	891,00	70,00	29/08/2019	623,70
63630855	02/07/2019	PH	PHARMACIE	125,40	90,00	1,0	1,00	90,00	70,00	29/08/2019	63,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض				791,70			
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي				791,70			

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
0800 91 11 11 ou 0800 91 11 11 ALLO RAMANÉ

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
80 203 3333 / 080 200 7200

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التفعية والنمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 02-09-19

الدار البيضاء، في :

Mme ZOHRY Fatima

11.80

AVLOCARDYL

1/2 - 1/2 - 1/2 pendant 3 Mois

Dr Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada

Prof: 12640

Dr Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada

AVLOCARDYL® 40 mg
50 comprimés sécables

6 118000 010227

AVLOCARDYL® 40 mg
50 comprimés sécables

6 118000 010227

AVLOCARDYL® 40 mg
50 comprimés sécables

6 118000 010227

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التفزية والنمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
蒙特利爾 - كندا

Casablanca, le : 02-07-19 الدار البيضاء، في :

Dr Lotfy Farima
fem — THUS
Hm + un + Th / 4
G.
austrine
NFS + Feminine



Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center, Angle Boulevard Anoua et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

07/07/19

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 03-07-2019

Mme ZOHRY Fatima

FACTURE N° A19070104

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
E1125	Traitemet échantillon sanguin	E11.25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0154	Ferritine	B250	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 810

TOTAL DOSSIER : 910.35 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
neuf cent dix dirhams trente-cinq centimes



Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
2017/11/13	ES		300.59	Hassan El Aoua Spécialiste en Dermatologie et Allergie - Centre de Santé El Aoua et Abdellouman N° 313 - Casa - Tel. 022 28 11 44
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطباطبائيون المساعدين عمليات

تاریخ 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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
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 الاحياء، الاشعة و الصور

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبالغ المفaturée Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
03/07/19/13	8/10-12	910,35	200	
INPE et code à Barres 109300113121				
INPE et code à Barres 109300113121				

جد 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
02/07/19	126.40	
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		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total