

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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

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- 062694

nd = 24229
☐ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDECKER ELILOU NADJ

Date de naissance : 19 07 61

Adresse : 134 Rue 17 DARGHA CASA

Tél. : 06 61 18 8121 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

1668,98

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHERIF ALA JAM 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 Le : 09.03.20

Signature de l'adhérent(e) : *Ala*



RELEVÉ 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

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

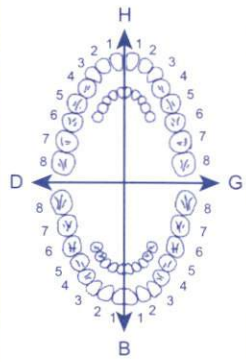
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
 يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، غواتير، ...).
 يجب كتابة الأقسام الكامل للتحقق المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
 يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.
 يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبثاقية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.
 يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبثاقية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
 تعويض بعض الخدمات بظن رهنا بطلب الموافقة المسبقة.
 فاتحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
 الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
 كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.
 حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يتمتع به من ياحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة	خاص بديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Signature de l'Agence	
Agent	
تاريخ الإيداع: 11/11/2018	Date d'arrivée: 11/11/2018

مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire OLIgatoire رقم الملف: 0661 187608	
N° Dossier: 0661 187608	
Partie réservée à l'assuré(e)	
Nom et prénom: <u>Youssef El Hachimi</u>	
N° Immatriculation: <u>121012001/1217</u>	
N° CIN: <u>161812181-1</u>	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e):	
Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	
Adresse: <u>134 Rue de la République 10000 Casablanca</u>	
Montant des frais: <u>Dhs</u>	
Nombre de pièces jointes:	
Déclaration du médecin traitant:	
Bénéficiaire de soins:	
Nom et prénom: <u>Youssef El Hachimi</u>	
Date de naissance: <u>11/11/1981</u>	
N° CIN: <u>161812181-1</u>	
Sexe: <u>Homme</u>	
N° INPE et code à barres:	
Type de soins:	
Hospitalisation: <input type="checkbox"/> Soins à domicile: <input type="checkbox"/> Soins de suite: <input type="checkbox"/> Soins de rééducation: <input type="checkbox"/> Soins de soins palliatifs: <input type="checkbox"/> Soins de soins de longue durée: <input type="checkbox"/> Soins de soins de longue durée: <input type="checkbox"/> Soins de soins de longue durée: <input type="checkbox"/>	
L'attestation de l'assurance maladie est délivrée aux assurés qui ont droit à la couverture des soins de suite et de rééducation. Les informations relatives aux soins de suite et de rééducation sont disponibles sur le site de l'Assurance Maladie Obligatoire.	
Fait à: <u>Casablanca</u>	
Le: <u>11/11/2018</u>	
Signature de l'assuré(e):	
Signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement de soins:	

- Coller la mention utile pour chaque case
 - Accoler la vignette portant l'INPE (le numérateur) et les données de suite et de rééducation de soins ainsi que le code à barres
 - Le dossier doit être transmis à la Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire (DAMO) dans un délai de 15 jours à compter de la date de la dernière consultation ou de la date de la dernière admission à l'hôpital.

Professeur BERRADA Mohamed

PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE
MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX
EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

ECHODOPPLER COULEUR - HOLTER
EPREUVES D'EFFORT

RESIDENCE TARFAYA

11, BD ZERKTOUNI CASABLANCA

TEL. { C. 0522-22-09-10/0522-26-78-14

D. 0522-39-41-68

FAX :0522-26-92-45

الدكتور بودة محمد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب

إقامة طرقاتية

11، شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

0522-22-09-10 ع

0522-26-78-14

0522-39-41-68 م

الهاتف

Casablanca, le 19 MAR 2019 : الدار البيضاء في

SANG

- ☒ Glycémie
☒ Hb.A 1 C
☒ Acide urique
☒ Cholesterol
☒ C.HDL + LDL
☒ Creatininémie
☒ Triglycerides
☐ Urée
☐ Lonogramme sanguin
☐ Calcémie - Phosphoremie
☐ Magnesium serique et globulaire
☒ NFS avec plaquettes
☒ V.S + CRP
☐ Fer serique
☐ Dosage de la Sidérophiline
☐ Aslo
☐ Fibrinémie
☐ Temps de cephatine kaolin
☒ Amino transferases
☐ Electrophorèse des protides
☐ Gamma GT
☐ Ag HBS
☐ Anti - Corps Anti HBs
☐ AC Anti HCV
☐ Recherche qualitative de
L'ARN du VHC par PCR
☐ Quantification de l'ARN du VHC
☐ Génotype Viral C
☒ PSA + PSA Libre
PSA Totale
☐ AC anti HIV 1 et 2
☐ BNP
☐ D Dimere
☐ Taux de Prothrombine + INR
☐ Troponine
☒ ACE + CA 19.9

- ☐ Bilirubine
☐ Ammoniemie
☐ Cortisol Plasmatique
☐ Aldostéronémie
☐ TPHA
☒ T3 - T4L - TSH us
☐ Amylasémie
☐ Facteurs Rhumatoides : Latex - Waaler - Rose
☐ Cellules LE
☐ Anti corps anti nucléaires et AC anti DNA natifs
☐ Hemocultures avec antibiogramme
☐ Goutte épaisse
☐ Serodiagnostic de Widal
de Wright
☐ Immuno globulines Ig E totales et spécifiques
☐ IDR à 10 u.

URINES

- ☒ CBU avec antibiogramme
☐ Glucosurie des 24 h.
☐ Protéinurie des 24 h.
☐ Compte d'Addis - clearance de creatinine
☐ VMA Méta Nephre - Normeta Nephre
☐ 17 Ceto - 17 OH
☐ Aldostéronurie

SELLES

- ☐ Coprologie et parasitologie
☐ Recherche de sang
☐ Ag Helicobacter pylori

EXPECTORATIONS

- ☐ Recherche de BK : ED et culture

Professeur BERRADA Mohamed

CARDIOLOGUE
MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX
EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

ECHODOPPLER COULEUR - HOLTER
EPREUVES D'EFFORT

RESIDENCE TARFAYA -
11, BD ZERKTOUNI CASABLANCA

TEL : { C. : 0522 22 09 10 / 26 78 14
D. : 0522 39 41 68

FAX : 0522 26 92 45

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور بسراة محمد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب

أقامة طرفاية

11، شارع الزركطوني - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 0522 26 78 14 / 22 09 10

د : 0522 39 41 68

الفاكس : 0522 26 92 45

بالميعاد

19.03.2019

Casablanca, le الدار البيضاء في

Mr CHERIF ALAMI Mohamed Jamal

$83.10 \times 3 = 249.30$

1 TENORMINE 100

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$140.00 \times 3 = 420.00$

2 FORTZAAR 100/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$27.70 \times 3 = 83.10$

3 CARDICASPINE

1 comprimé par jour, pendant 3 mois.

Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed GERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnu KATIR
Tél: 05 22 23 41 63 - CASABLANCA

Amel de A.1.7

Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed GERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnu KATIR
Tél: 05 22 23 41 63 - CASABLANCA

753.100

Prochain Rendez-Vous le :

Professeur BERRADA M.
CARDIOLOGUE
Tél: 05 22 23 41 63 - CASABLANCA

Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed GERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnu KATIR
Tél: 05 22 23 41 63 - CASABLANCA

Date : vendredi 20 décembre 2019 التاريخ:
Heure : 11 h 25 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

CHERIF ALAMI JAMAL
134 RUE MDAGHRA HAY EL HANAA
20230
CASABLANCA



N° CNSS	112961737	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B41582	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	3873 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	16 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	CHERIF ALAMI JAMAL	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

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

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال الوضمان على الرقم

05 22 41 80 51

Fax

06 08 89 06 18

Tél

CASABLANCA

المدينة

Place du temple Immeuble

E pres du complexe med v


العنوان

Adresse

MAARIF

وعدة

Agence

	RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire RFF : 610-2-06 :	
	Référence structurée : 200192065067443		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 : 01/2020 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										
054059708	19/03/2019	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
054059708	19/03/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	900,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
054059708	19/03/2019	B	MEDECIN SPECIALISTE	1 920,00	1,10	410,00	1,00	1 551,00	70	1 085,70
054059708	19/03/2019	PH	MEDECIN SPECIALISTE	753,00	697,60	1,00	1,00	697,60	70	488,32
Total remboursé pour JAMAL										2 204,02
Total général remboursé										2 204,02

Sauf erreur ou omission