

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



ND: 32320

Déclaration de Maladie : N° P19-0002682

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TRACHIM Date de naissance : 24/08/50
Adresse : 10 LOT N°12 AL WADIAH AL BACHA AL BACHA
Tél : 661464168 Total des frais engagés : 759 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/03/2020
Nom et prénom du malade : MEGZARI HANANE 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 : CASABLANCA Le : 05/03/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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.

Diagnostique 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

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

1- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 2- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 3- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 4- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 5- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 6- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 7- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 8- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 9- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية
 10- يجب إرفاق وصفات المريض بالمرحلة العلاجية اللازمية

Direction de l'Assistance Médicale
 Obligation
 R&F. 610-1-02

Feuille de Soins Maladie

* Assurance Prévalable *
 * Exécution *

N° Dossier : **71014192**
 Partie réservée à l'assuré(e)
 Nom et prénom : **TACHET M. HANANE**
 N° Immatriculation : **19816131621**
 N° CIN : **B380538**
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : *
 Adresse : **10 rue Koudouli Les Auteurs Carthage**
 Montant des frais : **0.1**
 Nombre de pièces jointes :
 Déclaration du médecin traitant
 Bénéficiaire de soins
 Nom et prénom : **M. TACHET HANANE**
 Date de naissance : **19810815**
 N° CIN : **B380538**
 Sexe : **M**
 INPE et code à barres :

Type de soins :
 Maladie ☒ Accident ☐ Maternité ☐ Hospitalisation ☐

Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.
 Fait à : **03/03/2021**
 Le : **03/03/2021**
 Signature de l'assuré(e) :

Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.
 Fait à : **03/03/2021**
 Le : **03/03/2021**
 Signature du médecin traitant ou de l'établissement :

* Cocher la mention utile pour chaque case
 * Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Établissements de soins) ainsi que le code à barres

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
03/03/2020		C8	gratuit	<p>Dr. H. EL KOUCH</p> <p>DERMATOLOGUE - COSMETOLOGUE</p> <p>224, Rue 14 Mandarins Ain Chok - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 87 58 43</p>
INPE et code à Barres				
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					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Fournisseurs des disp
03/03/2020	759,00	
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	

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

Loceryl®
amorolfine

VERNIS À ONGLES MÉDICAMENTEUX

Casablanca le :

03/03/2020

Madame MEGZARI HANANE

219,00 x 2
TERIX 250 MG CP

1cp/j au milieu du repas x02mois

321,00
LOCERYL SOLUTION FILMOGÈNE 5%

1appx02/sem sur les ongles malades x02mois

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologue - Oncologie Cutanée
224 Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

TERIX® 250 mg
Boîte de 28 comprimés évalual
AMM N° 134.17 DMP 21-NRQ

TERIX® 250 mg
Boîte de 28 comprimés évalual
AMM N° 134.17 DMP 21-NRQ

LOCERYL
Vernis à
Flacon
AMM N° 134.17
PPV: 321,00
Distribué par
B.P. N° 1.27182
6 118001 070381

224, Rue 14 Mandarouna - Ain Chok - Casablanca زنقة 224 ماندرونا عين الشق الدار البيضاء
Tél : +212 5 22 87 58 43 / 20 - الهاتف : E-mail : imanemarkouch@yahoo.fr



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

74014132

المرسل إليه:

Destinataire :

Date : jeudi 5 mars 2020 التاريخ:
Heure : 14 h 53 UTC الساعة:

TRACHLI MOHAMED
10 LOT RAYAD ANDALOUS RES ALMERIA CALIFORNIE
20150
CASABLANCA



71014192

N° CNSS	198693627	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B380580	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	759 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	1 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MEGZARI HANANE	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.

new bouk
306,60

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 09-08 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

برجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الفاكس
Fax

الهاتف
Tél

CASABLANCA

المدينة
Ville

BD LA GRANDE CEINTURE EX
SIDI ABDERRAHMANE

العنوان
Adresse

BEAUSEJOUR

وعدة
Agence