

## 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° W19-440297

*COMPLÉMENT*

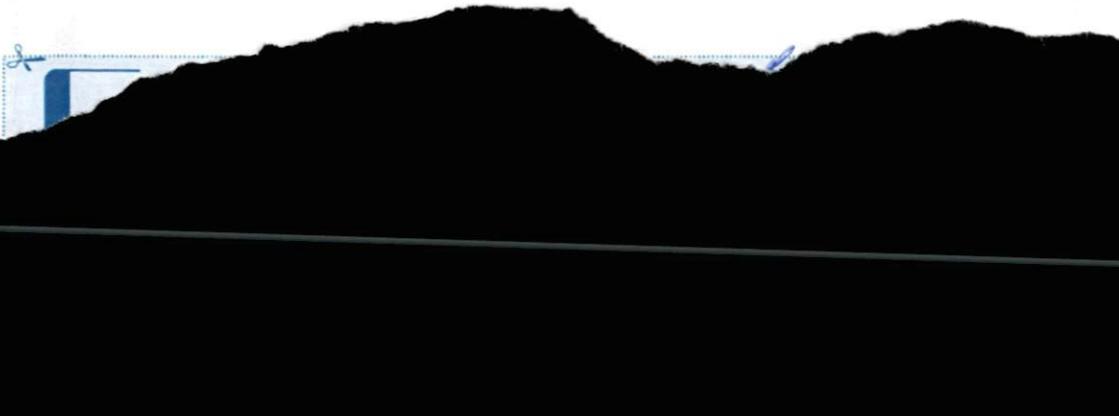
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>702</b>	Société : <b>34198</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL MAROUI Ridoud</b>			
Date de naissance : <b>01-01-48</b>			
Adresse : <b>SA, Rue HASSANE II, ELHANA CASA</b>			
Tél. : <b>0662 24 2603</b>	Total des frais engagés :	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>[Redacted]</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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.			

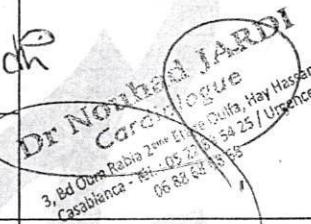
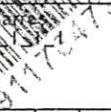
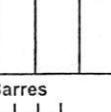
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

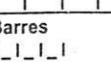
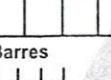
Signature de l'adhérent(e) :



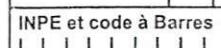
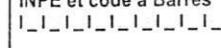


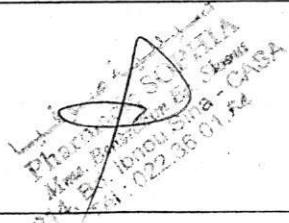
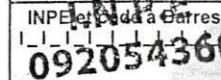
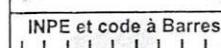
Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
17/06/2020			CS	2500 dh	
INPE et code à Barres 					
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 المغورت 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، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة			
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
17/06/2020	195.40 DH		
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 Nouhad JARDI**  
**Cardiologue**

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interné des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



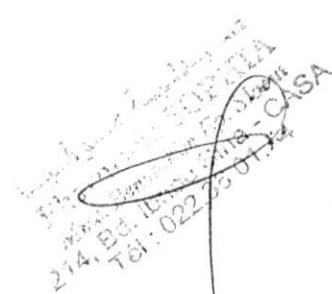
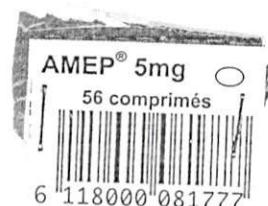
**الدكتورة نهاد جردي**  
**أخصائية في أمراض القلب والشرايين**

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيير وماري كوري بباريس

Casablanca, le 17/06/2025 الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Nouhad JARDI

1) Reprise per sold  
97.70 x 2  
2) AMEP 5 → 5.00  
0 - 0 - 1  
= 195.40



III / Mdt Zouhi  
Dr Nouhad JARDI  
Cardiologue  
3, Bd Oum Rabia 2<sup>ème</sup> Etage Oulfa, Hay Hassani  
Casablanca . Tel : 05 22 89 54 25 / Urgences :  
06 88 68 68 63

المستعجلات : 06 88 68 68 68

البريد الإلكتروني : [dr.jardinouhad@gmail.com](mailto:dr.jardinouhad@gmail.com) شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الألفة، حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



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

مرجع رقم REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200796649640289

Emis à Casablanca le : 07/07/2020

Page : 1

**Identifiant de la famille**

تعريف العائلة

KOUIRI KHADIJA  
51 RUE HASSAN HAY EL HANA  
CASABLANCA 2021

N° d'immatriculation : 165014319

Règlement du mois : 07/2020

Mode de paiement : Virement

**Informations :**

: معلومات

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس تعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KOUIRI KHADIJA										
055099386	17/06/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
055099386	17/06/2020	PH	MEDECIN SPECIALISTE	195,40	195,40	1,00	1,00	195,40	77	150,46
<b>Total remboursé pour KHADIJA</b>										<b>265,96</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>265,96</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو تسيير

Complément N° W19-440297

Pièces jointes

- 1) Feuille de moins CNSS recto-verso
- 2) Ordinance Dr NOUHAS
- 3) De'compte remboursement  
CNSS (NA) 265,96