

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

- Reclamation : 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.

N° W19-556891

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 : 11191		Société : RAM 35323	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Chehak Houssaine			
Date de naissance : 16/12/1969			
Adresse : Résidence Nour californie, Imme 6, App 3 Ain chock			
Tél. : 0671222009		Total des frais engagés : 1677,30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input 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 : Casablanca Le : 27/07/2020
Signature de l'adhérent(e) : O.L.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	24-7-2021	1677,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

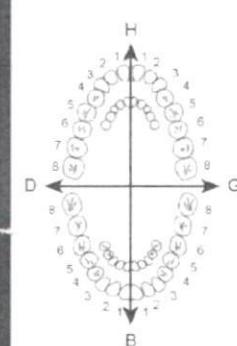
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

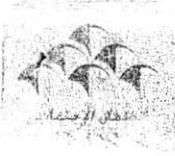
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433563
	B

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



شهادة تحمل مصاريف الأدوية
ATTESTATION DE
PRISE EN CHARGE DES
MEDICAMENTS

المملكة المغربية
+٢٤٣ ٣٢٤٥٤٣
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. : 610269 N° 467043
موجع

Nom et prénom de l'assuré : EL BAKILI ASSIA

Nom et prénom du bénéficiaire : EL BAKILI ASSIA CNSS

N° d'immatriculation 133920069

Numéro de Prise en Charge :



880143850

Médecin traitant :

Durée de traitement 42 Jours

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'engage à prendre en charge conformément à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحمل مصاريف الأدوية
التالية وذلك وفقاً للاتفاقية المحددة

Nom commercial الاسم التجارى	PPV ثمن الدواء Tarif de cession نرفة البيع	Prix Base de Remboursement اساس التحمل	Nombre d'unités عدد الوحدات	Taux de prise en Charge نسبة التحمل	Montant PEC CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ض.ج	Montant PEC Assuré (en DH) المبلغ المتحمل من طرف المؤمن
TYKERB 250 MG 1 BOITE 70 COMPRIME	11182,00	11182,00	3	95	31868,70	1677,30
Total :					31868,70	1677,30

Pour un montant global de	31 868,70	Dhs	المبلغ المجمل
Trente Et Un Mille Huit Cent Soixante Huit Dhs Et Soixante Dix Centimes			
Le montant global à la charge de l'assuré	1 677,30	Dhs	المبلغ المجمل المتحمل من طرف المؤمن
Mille Six Cent Soixante Dix-Sept Dhs Et Trente Centimes			
La validité de prise en charge :	Du 08/08/2020	Au 07/09/2020	صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à la demande de remboursement du pharmacien dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب أن يودعه الصيدلي
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ تسليم الأدوية

Aussi, nous vous signalons que cette attestation de prise en charge est utilisable une seule fois et que le dépassement du délai de validité de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهمكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة وأن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

NB : le paiement se fera sur la base du prix en vigueur à la date de facturation.

ملحوظة : يتم التعويض على أساس الثمن المعمول به في تاريخ تحرير الفاتورة

Délivrée par : INARA

Le : 23/07/2020

Fait à :

Le :



Signature et cachet de l'agence CNSS
رئيس مجلس إدارة المؤمن له
وزيله الإداري للمؤمن له
هي سيدى عثمان الحس

Signature et cachet du prestataire

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكمياني الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 22/07/20

MEC RAKILI ASSIA

Tykeus 250m

$$5qf_j \propto 1_{\min}$$

DR M. EL MUNCHIL
Radio-Oncologue
NIP 209105051

$$\begin{array}{r} \underline{11182,80} \\ 335468 \end{array}$$

As

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente : 35806396 | LE : 01402020 |

Accueil Général : 1313-533-12-7

Accueil Général : +212 520 48 72 00

Fax +212 522 39 33 33

Enca Maamf - Maroc 2037

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale +212 520 48 72 03

100-102.000 2050430000 17

المقر الرئيسي (٤)، زققة يوسف الكندي، عمار

Service Facturation : +212 520 48 72 01

Service Caisse : +212 520 48 72 09



صفحة ١٢٣

PHARMACIE LYCÉE MED V

Mohamed LAHLOU

Docteur en Pharmacie

Casablanca le : 24-7-2020

FACTURE N°: 0182953

M: EL Bakd C. Ahsan

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TOTAL

1677, 3

Acceptée la présente facture à la somme de : Sexante-sept francs soixante cent

BC:318383-TP:44465067-IE:15221985-C.N.S.S:6174586-L.C.E:000510436000085

SGMB:022780000186002765227974

28 bis, Rue Salonique (Angle Rue de Rome) - Casablanca / Tél : 05 22 85 43 95 - Fax : 05 22 81 53 31

Gsm: 0600 06 07 08 - E-mail : l.med.5@hotmail.com