

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

- Réclamation : 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.

M22- 0042765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8N63 Société : RAM (148393)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ESSAMI

Andeloham

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Hay Dessaadoun Rue 18c CR

CASA

Tél. : 0661976344

Total des frais engagés : 15641,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.11.2022

Nom et prénom du malade : ELYATI ME

Age : 209,77

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 07.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

le feuille de soins par personne et
ment.

de soins doit être accompagnée de
s pièces justificatives originales
ices médicales, factures, résultats
ns de radiologie et/ou de laboratoire).

et prénom de la personne soignée
re portés par les praticiens eux mêmes
e feuille de soins.

pectus et les PPM concernant les
ents achetés doivent être joints aux
ces transmises.

e de soins ainsi que les pièces
ves doivent être présentées à votre
dans les deux mois qui suivent le
cte médical, sauf s'il y a traitement
ontinu. Dans ce dernier cas, le dossier
présenté dans les soixante (60) jours
nt la fin du traitement.

oursement des frais engagés sera
ur la base de la tarification nationale
ice.

ies liés aux accidents du travail et
professionnelles ne sont pas couverts.

sonne coupable de fraude ou de fausse
on pour obtenir des prestations qui
as dues, est passible des sanctions
réglementaires.

ion de remboursement prise par la
est subordonnée au respect des
s réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل
حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، تأثير فحوص الأشعة أو
المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من
طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتركة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى
التمامنوية التي تتضمن إليها في
طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما
مدة في حالة الملاج المستمر. في هذه الحالة.
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً)
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة
الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض
المهنية غير قابلة للتغويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر
القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وثابع التماضية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Tarihy el-ebadah :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les
Affections de longue Duréeالتأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.02.01

مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي للملحق

رقم الاستخراج :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

343334

43282-4379

BH 317481

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة صبي بنت

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP

0210149023

Type de soins

Admission ALD* :

Oui

Non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires*

Hospitalisation*

العلاجات خارجية*

استشفاء*

Pli confidentiel remis* :

Date d'hospitalisation :

Oui

Non

Oui

Non

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à :

le :

جدة

28/11/2022

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à :

الله

Dr. BELGHMI Rachid

Médecin Général

توقيع الطبيب المعالج

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

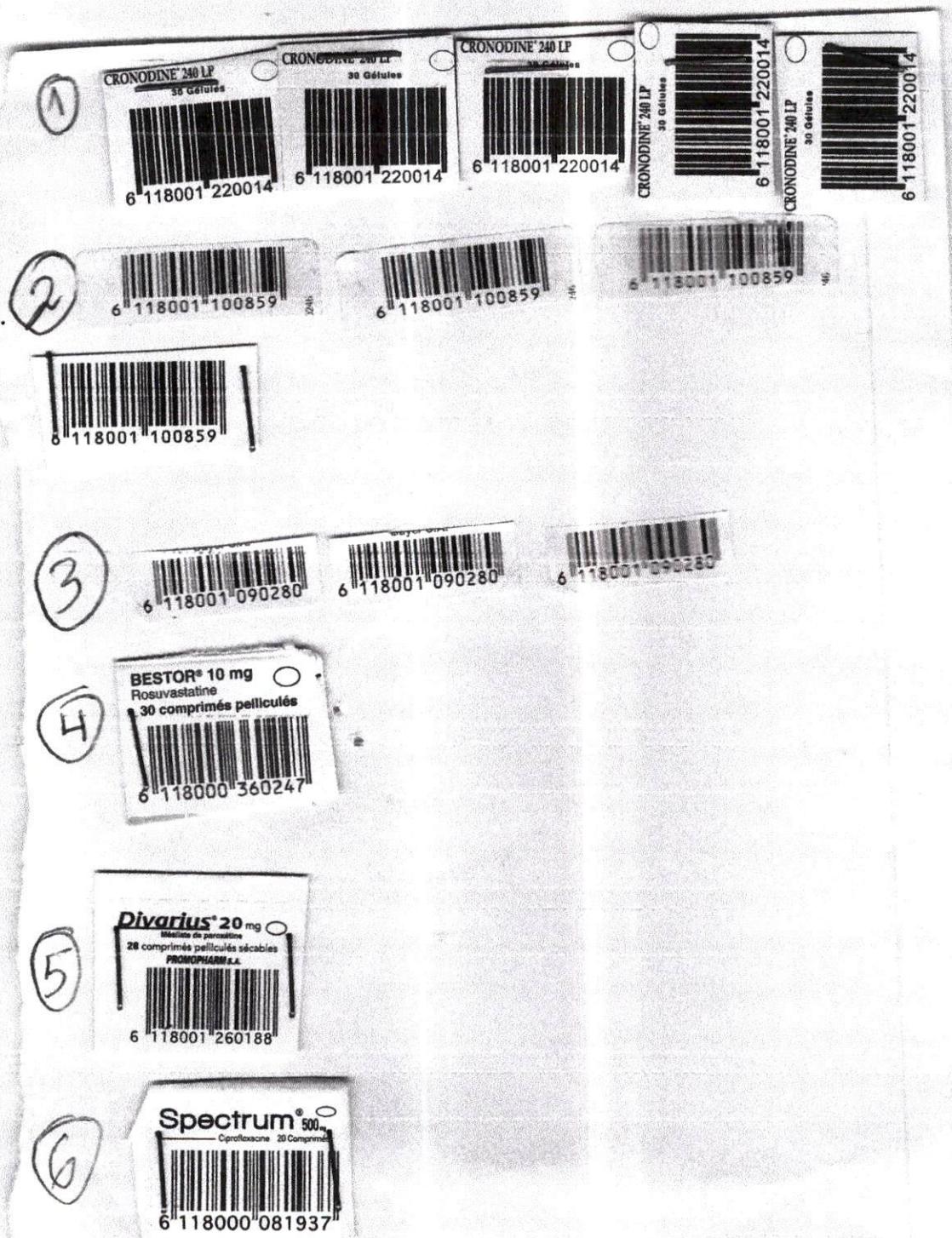
CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes Paramédicaux

نوع المساعد الطبي Signature et Cachet du P	المبلغ المفوت Montant facturé	قيمة المعامل Valeur Clé	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes
INP : [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] []					



Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية
ORDONNANCE h. 28/11/22

EL YATIM E Honda

1) - (165,00 x 5) CHRONODINE 200LP

2) - (54,10 x 4) Cardenite 2,5 mg

3) - (29,70 x 3) Cardiospirine 100

260,00 0 - 1 - 0

4) - BESTOR 20 mg

147,20 NCF: 001534600700034
PAT: 37417809 - TEL: 0522571441
SOCIETE PHARMACEUTIQUE MAROCANA (S.P.M.)
160,00 140 mg Lipofol

5) - Spectam 100
15 1/2 x 2

1691,90

دكتور بلغمي، دشيد
Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

MME ELYATIME HOUDA
NR 56 HAY MESSAOUDIA
RUE 18 CITE DJEMAA CASA
CASABLANCA CITE DJEMAA
CASABLANCA CITE DJEMAA
20452

Accusé de Réception

078026426

N° de Dossier : 78026426 Date et heure : 15/12/2022 12:52

Nom et prénom Assuré : ELYATIME HOUDA

Immatriculation : 43824379 / 040189599

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ELYATIME HOUDA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40125

Valeur en Dirhams : 1 841,70 Nombre de pièces : 3

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0273

Nom Etablissement :



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

● Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	22/01/2023	Virement	-	1 841,70	1 074,30	454,70	1 529,00
78026426	15/12/2022	Payé en : 38 jours		ELYATIME HOUDA	1 841,70	1 074,30	454,70	1 529,00