

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

NU8950

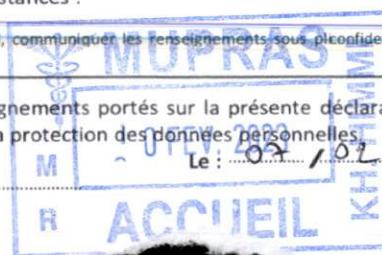
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12907	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUSLIKI SAAD			
Date de naissance : 08/01/1987			
Adresse : Quartier ALMAR, Amlan 2, FF32 Casablanca			
Tél. : 06 66 123 165	Total des frais engagés : 407,5 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SANA A EL MALLY			
Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" 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**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



VOLET ADHERENT

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

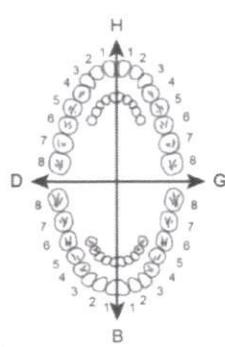
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

NON PAYE 1

ⓘ 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
- 2	-	02/02/2023	Virement	-	2 203,90	662,80	128,20	791,00
78077722	19/12/2022	Payé en : 45 jours		EL MALYH SANAA	1 796,40	542,80	98,20	641,00
78077757	19/12/2022	Payé en : 45 jours		EL MALYH SANAA	407,50	120,00	30,00	150,00
- 1	-	31/12/2022	Virement	-	534,80	163,47	48,63	212,10
77254073	04/11/2022	Payé en : 57 jours		EL MALYH SANAA	534,80	163,47	48,63	212,10
■ 1	-	16/09/2022	Virement	-	3 140,45	2 406,02	0,00	2 406,02
■ 2	-	15/09/2022	Virement	-	3 713,40	2 093,17	627,93	2 721,10
■ 2	-	01/09/2022	Virement	-	1 645,20	947,63	363,27	1 310,90
■ 1	-	30/07/2022	Virement	-	550,00	340,00	85,00	425,00
■ 1	-	29/07/2022	Virement	-	550,00	340,00	85,00	425,00

0665968954

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع و طابع التعاقدية	
 Identification de l'agent: Dr. Hay Hassani	
Date de dépôt du dossier: 19 DEC. 2022	
Signature et date: 19 DEC. 2022	

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسدة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضيية التي تنتهي إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة الملاجع المستمرة. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :
N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **EL MALLYH SANAA**
N° Affiliation : **385534**

N° Immatriculation : **910774**
N° CIN : **BK358278**

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :
العنوان :
Montant des frais (Dhs) : **407,50**
Nombre de pièces jointes :
العدد الوثائق المرفقة :
تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **EL MALLYH SANAA**
Date de naissance : **29/07/89**

N° CIN : **BK358278**

Sexe* : **M ذكر** **F انثى**

Identification du médecin traitant

N° INP : **06907716**

Type de soins

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis* : Oui Non
Maternité * أمومة * Date de grossesse :
Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement :
Accident * حادث * Date d'hospitalisation :
Causes :
تم تقديم الظرف المغلق* :
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات

أشهد بصدقية و صحة المعلومات المدونة أدناه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : le : حرب : في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	
أصرح بصدقية و صحة المعلومات المدونة أدناه. Je déclare la sincérité et la vérité des informations ci-dessus simples et vérifiables. Dr. Laila ABD EL HADID Néssima El Aouad Gynecologue 15 CASA 03/12/2022 توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة المختصة Signature et timbre du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

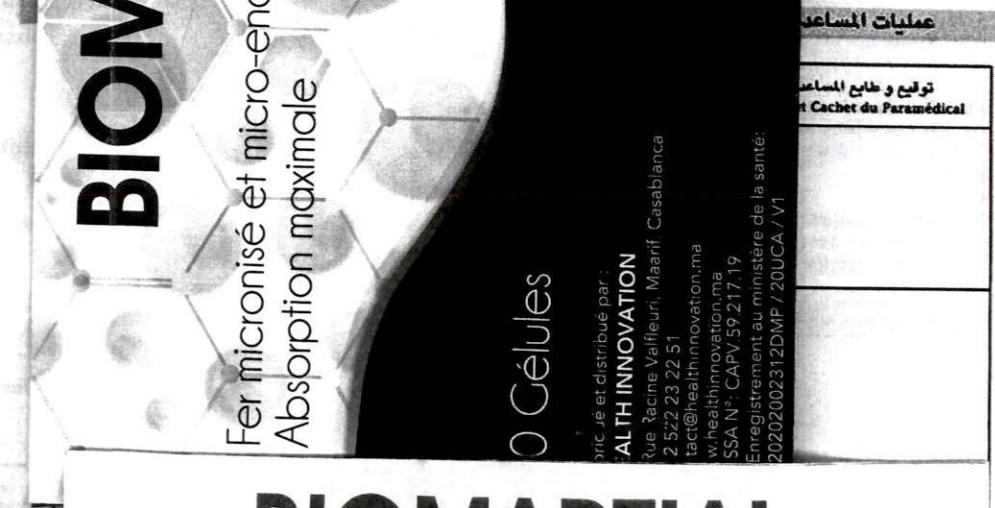
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

تعد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	النحو المفتوحة Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/12/22	207,50	<p>PHARMACIE CASAVIEW Dr Othmane BENNOUNA Centre commercial Casaview Nassim Islane - Casablanca Tel: 0522 69 64 64 WTS: 0619 13 50 00</p> <p>INP 092094499</p> <p>INP 092094499</p> <p>INP 092094499</p> <p>INP 092094499</p>

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies : dixième révision



FORME ET PRÉSENTATION

COMPOSITION (par gélule)

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé (Inofer) associé à des charges

الدكتورة ليلى زواد

أخصائية أمراض النساء والتوليد

مراقبة الحمل - التوليد

أمراض النساء - أمراض الثدي

عقم الزوجين - الفحص بالصدى

Docteur Laila ZOUAD

Gynécologue - Obstétricienne

Suivi de grossesse - Accouchement

Gynécologie - Maladies du sein

Stérilité du Couple - Echographie

الدار البيضاء في: ٢٠٠٨ | ١٢ | Casablanca, le :

Ms ELHALY + Sanaa 123,00 75

1) Prisomertal
140 x 2 84,50

2) Zchalaq
1 ml coude. sur la cuill.

3) Celeste 4 ml.
3 ampoules en flacon (12 ml).

207,50

Dr. Laila ZOUAD
Gynécologue Obstétricienne
15, Nassima Bd. Anouar 1^{er} Etage N° 12
522 86 42 44 - 0662 15 05 19

Dr. Laila ZOUAO
Gynécologue Obstétricienne
15, Nassima Bd. Anouar 1^{er} Etage N° 12
522 86 42 44 - 0662 15 05 19

Dr.zouad@gmail.com - 05-22-86-42-44 - 12 - الدار البيضاء - المغرب - السيد الكتبون

30 Bd. Anoual, Rés. Nassima - 1er étage, Porte 12 - Casablanca - E-mail : Dr.zouad@gmail.com - Tél. : 05 22 22 12 11

En cas d'urgence : 06 62 15 05 19 : www.112.fr

Valide 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intégral,
conservé correctement.

ot : 028
A utiliser de
référence avantage : 04/202
ppc : 84,50 DH

MEDIPRO
PHARMA

Zetalax^{DM}®

Fabbricati
Zeta Farmaceutici S.p.A.
Via Galvani, 10
Sandrigo (VI)
ITALY

Importé au Maroc par :
Laboratoires IR COS
N°109 CI sidi ghanem
40000 MARRAKECH

MEDIPRO Pharma
100 rue Brahim Annakhaï
20370 - Casablanca -

3
401051422884>

Dispositif médical Classe I

- **Appliquer à fond sur le microustement**
- **Extraire la canule sans relâcher la pression sur le tube, pour ne pas aspirer à nouveau le liquide.**

⚠ Lire la notice avant utilisation. Conserver hors de portée des enfants.

ZetaLax[®] DM microlavement

QUAND UTILISER ZETALAX^{DM}® MICROLAVEMENT

- Appluyer à fond sur le microavenu
- Extraire la canule sans relâcher la

- Appliquer à fond sur le microaspirateur
- Extraire la canule sans relâcher la pression sur le tube, pour ne pas aspirer.
- **Extrire immédiatement l'utilisation. Conserver hors de portée des enfants.**

THE PRACTICAL

Zetalax DM® Microlavement agit mécaniquement au niveau du rectum et n'a pas d'interaction avec les ingrédients chimiques du tube digestif.
Les ingrédients contenus dans le microlavement garantissent le Conserver hors de portée des enfants.

Les ingrédients contenus dans le microlavement garantissent l'

Conserver hors de portée des enfants