

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21-0030807

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : #05257 Société : 170663
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : T. B. I. I. Sidi el Hassan
Date de naissance : 21 Février 1939
Adresse : Casablanca S.P.T. N°34 SKHIF/PLAGE
Tél. : 06 61 17 01 08 Total des frais engagés : #740.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 SEP. 2023
Nom et prénom du malade : LAABI Tonria Age : 78
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 : ca. fak Le : 21.09.2023
Signature de l'adhérent(e) : (Signature) (P.J.H)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

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

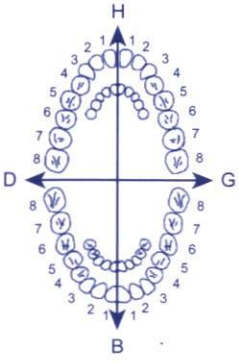
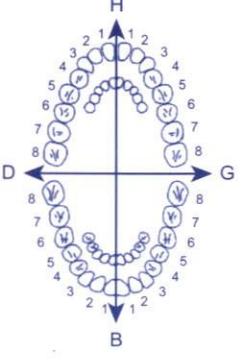
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

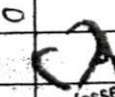
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
03/07/23	CS			300,00	 Dr. A. AQUAD Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممنون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
03/07/23	440,00	 Dr. S. SAFI Ep. KADRI Av. Amalhil, Hay Riad - Rabat Tél.: 0637 71 34 44

INP :

INPE : 102051620

INP :

INP :

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INP :

INP :

INP :

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramé

INP :

INP :

INP :

EX-Professeur de cardiologie à la Faculté de
Médecine de Rabat
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Echocardiographie - Facultés de
Médecine Paris VI et Paris XII
Diplômée en Cardiologie du sport - Faculté de
Médecine de Bordeaux

أستاذة سابقة بكلية الطب الرباط
خريجة كلية الطب الرباط
دبلوم الفحص بالموجات فوق الصوتية من
كلية الطب باريس VI وباريس XII
دبلوم الطب الرياضي للقلب والشراب من
كلية الطب ببوردو

Rabat, le 03. 07. 2023.

Dr. Laab. Tadili.
Tourné

30.7 - 2 Kardegic 75: 1!

13A - 2 Taref 80: 1!

52.8 - 2 LDNor 10: 1!

x3 moi T. HHO. 0

Pharmacie SARF
Dr. SARIAS EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat
Tél.: 0537 71 30 41, 455 11 11

Dr. Aïcha AOUAD
EX-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat

Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Ibn Sina. 3ème étage
Appt n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)
Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com

LOT: 23E003
PER: 01 2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847

LOT: 23E003
PER: 01 2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV: 131.50 DH

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV: 131.50 DH

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 082217

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 082217

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

EN COURS DE TRAITEMENT **1**

REJET **1**

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
1	-	04/09/2023	Virement	-	2 104,50	1 646,50	25,00	1 671,50
2	-	30/08/2023	Virement	-	1 340,00	668,00	29,00	697,00
81975199	13/07/2023	Payé en : 48 jours		LAABI TOURIA	740,00	500,00	5,00	505,00
81975156	13/07/2023	Payé en : 48 jours		LAABI TOURIA	600,00	168,00	24,00	192,00
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

Nom et prénom Assuré :

Immatriculation :

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

Type de dossier :

Lieu de réception :

Valeur en Dirhams :

Code Etablissement :

Nom Etablissement :

Accusé de Réception



81975199

Date et heure : 13/07/2023 13:50

LAABI TOURIA

54491336 / 050126304

LAABI TOURIA

/ 01

FEUILLE DE SOINS

RABAT 50669

740,00

Nombre de pièces : 4

Agent de réception : 5MTR471