

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

Le 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.

Maladie

Dentaire

Optique 188336 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : #0525# Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Conjoint

Nom & Prénom : Tazihi Sali et Hafsa

Date de naissance : 21 Février 1939

Adresse : Résidence 5217 n° 34

SKHIRAT - PLAGE

Tél. : 06 61 17 01 08 Total des frais engagés : 677,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAABI Tazia

Age : 78

Lien de parenté : Lui-même

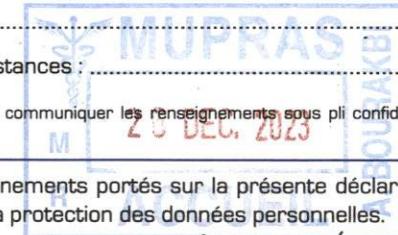
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Rabat

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

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

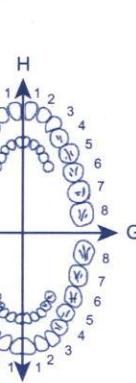
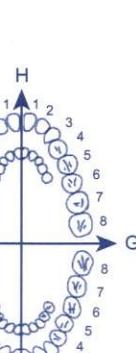
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Accusé de Réception



MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

83366444

Date et heure : 06/10/2023 13:42

Nom et prénom Assuré :

LAABI TOURIA

Immatriculation :

54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT 50644

Valeur en Dirhams :

677,80

Nombre de pièces : 6

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR612

Nom Etablissement :

I EX-Professeur de cardiol
Médecine de Rabat
I Diplômée de la Faculté c
I Diplômée en Echocardiog
Médecine Paris VI et Paris
I Diplômée en Cardiologie
I Médecine de Bordeaux



استاذة سابقة بكلية الص
اخرية كلية الطب الرياد
دبلوم الفحص بالموجات ف
كلية الطب بباريس VI و
دبلوم الطب الرياضي للن
كلية الطب بيوردو



Pharmacie SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
AV Annakhil, Hay Riyad - Rabat
tl: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 2

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à
la Faculté de Médecine de Rabat
tl: 05 37 67 14 15 / GSM: 06 61 27 91 30

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à
la Faculté de Médecine de Rabat
tl: 05 37 67 14 15 / GSM: 06 61 27 91 30

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@mail.com

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.

Caract et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى التماضيية التي تنتهي إلى إلها خى طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
Réf ANAM 1.1.02.01
نوع المرض : مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

حصص بال المؤمن له (الها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

L AÂBI Touriel

N° Affiliation :

11714974

N° Immatriculation :

5494913816

N° CIN :

AL 144 1385

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

Boîte Postale 6106 - Hay Riad -

RABAT

Montant des frais (Dhs) : 677,80 DH

Nombre de pièces jointes : 04

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

L AÂBI Touriel

Nom et prénom :

12/03/45

Date de naissance :

14/11/41385

N° CIN :

M ذكر

Sexe* :

F امرأة

Identification du médecin traitant

N° INP

INPE 101099786

Type de soins

Admission ALD* :

Oui Non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires*

Hospitalisation*

Oui Non

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.02.01

نوع المرض : مرجع رقم

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

مقدمة الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : RABAT

حرر ب : _____

le : 03/10/2013

توقيع المؤمن له (الها)

Signature de l'assuré (e)

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Dr. Aicha AOUAD

حرر ب : _____

Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté

توقيع و طابع الطبيب المعالج

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

* أشطب الخانة

description des actes effectués

صف العملات المدّات

CIM - 10

برد الوحدات التي تم تلقيتها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النوع الملفور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مسؤول التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٠١١٠١٠٢٣	٢٧٧,٨٠	<p>Pharmacie SAFIYA Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI <u>Av Annakhil, Hay Riyad - Rabat</u> <u>Tel.. ٥٥٣٧ ٧١ ٣٨ ٤٢ - ٥٥٢٧ ٧١ ٧٧ ٠</u></p> <p>INPE:102051620</p> <p>INP : <input type="text" value="111111"/></p> <p>INP : <input type="text" value="111111"/></p>

卷之三

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملية الاتساع والضم

Actes Paramédicaux

مقابلات المسئولين الـ 10

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

معلومات

EN COURS DE TRAITEMENT 2

REJET 1

PAYE

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

النوع	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع
1	-	06/12/2023	Virement	-	1 930,00	1 671,50	25,00	1 696,50	
1	-	05/12/2023	Virement	-	4 456,00	1 459,20	248,96	1 708,16	
1	-	07/11/2023	Virement	-	677,80	277,80	0,00	277,80	
1	-	01/11/2023	Virement	-	2 356,80	1 176,80	5,00	1 181,80	
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	
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70	
1	-	03/05/2023	Virement	-	2 309,30	1 149,30	50,33	1 199,63	
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 887,80	1 590,60	25,00	1 615,60	
1	-	22/03/2023	Virement	-	600,00	168,00	24,00	192,00	
1	-	17/02/2023	Virement	-	1 905,60	1 651,40	40,20	1 691,60	
2	-	21/01/2023	Virement	-	5 914,50	2 297,90	176,60	2 474,50	

▶ تحميل التطبيق على الهاتف

