

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 080284

Optique 188244 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule H05254 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TADILI Sidi el Hassana

Date de naissance : 21 Février 1939

Adresse : Lotissement SITIT n° 3A

SIDI BOUZID / PLAGE

Tél. : 06.61.17.01.08 Total des frais engagés : 2356,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAAABI Tousnia 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 : Rabat Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
H	25533412 21433552 00000000 00000000		
D	00000000 00000000 35533411 11433553		
B			
G			
(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

MAE LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

82688517

Date et heure : 30/08/2023 15:10

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 50670

Valeur en Dirhams :

1 356,80

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR472

Nom Etablissement :



Accusé de Réception



/ 01

معلومات

EN COURS DE TRAITEMENT 2

REJET 1

PAYE

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

المجموع	التعاضدية	كتويس	المصاريف	Bénéficiaire	طريقة الأداء	تاريخ المعالجة	Date de réception	عدد الملفات
1 696,50	25,00	1 671,50	1 930,00	-	Virement	06/12/2023	-	1
1 708,16	248,96	1 459,20	4 456,00	-	Virement	05/12/2023	-	1
277,80	0,00	277,80	677,80	-	Virement	07/11/2023	-	1
1 181,80	5,00	1 176,80	2 356,80	-	Virement	01/11/2023	-	1
1 671,50	25,00	1 646,50	2 104,50	-	Virement	04/09/2023	-	1
697,00	29,00	668,00	1 340,00	-	Virement	30/08/2023	-	2
1 881,70	30,00	1 851,70	2 415,20	-	Virement	27/06/2023	-	2
1 199,63	50,33	1 149,30	2 309,30	-	Virement	03/05/2023	-	1
1 615,60	25,00	1 590,60	1 887,80	-	Virement	05/04/2023	-	1
192,00	24,00	168,00	600,00	-	Virement	22/03/2023	-	1
1 691,60	40,20	1 651,40	1 905,60	-	Virement	17/02/2023	-	1
2 474,50	176,60	2 297,90	5 914,50	-	Virement	21/01/2023	-	2

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 patients eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشترأة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة المستعمر. 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 الغش 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.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée



N° Bordereau : _____

N° Dossier : _____

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : LAABI Touria

11711494

N° Affiliation :

5421491336

N° Immatriculation :

A 1414 385

N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : Boîte Postale 2106 - Hay Riad
RABAT

Montant des frais (Dhs) : 8.356,80-DH

Nombre de pièces jointes : 07

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom : LAABI Touria

21010311945

Date de naissance :

1A 1414 385

N° CIN :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

• N° INP

05110M18197

نوع العلاجات

Admissio ALD* : oui non قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : _____ رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : _____ رقم المرض المزمن :

Soin ambulatoires* * علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* : oui non تم تقديم الطرف المغلق :

Hospitalisation* * استشفاء Date d'hospitalisation : _____ تاريخ الاستشفاء :

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

Fait à : RABAT حرر بـ :

Le : 10/08/2013 في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 21/07/2013 في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أنشطبة الخانة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

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

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/04/23	894.50	<p>PHARMACIE SANA'A Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhl, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28</p> <p>INPE : 102051620</p>
26/07/23	162.50	<p>PHARMACIE SANA'A Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhl, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28</p> <p>INPE : 102051620</p>

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

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 Paramédical
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



مركز العيون لليزر ابن سينا
Centre de Vision Laser Ibn Sina

20/07/2022

Je soussigné DR EL BAKKALI MOUHCINE ophtalmologiste certifie que Mme Touria LAABI présente une maladie chronique (Glaucome) nécessitant une surveillance et un traitement de longue durée.

Certificat fait à la demande de l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.





مركز العيون الليزر ابن سينا
Centre de Vision Laser Ibn Sina



PT201014153537

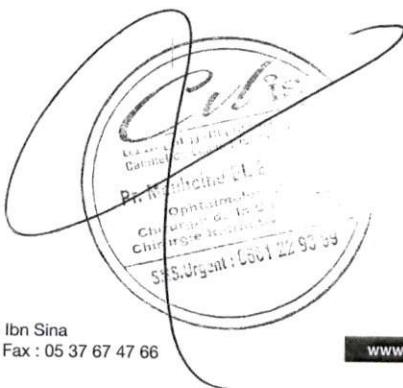
26 juillet 2023

Mme LAABI Touria

OCT maculaire et du nerf optique

Gao ?

CIL IS
Centre de Vision Laser Ibn Sina
مَرْكَزُ الْعَيْنِ الْلَّيْزَرِ إِبْنِ سِينَةِ
79 Résidence bellevue, Rue 16 Novembre
4ème Etage - appt 7 - Agdal - Rabat - Maroc
Tél : 05 37 67 37 37 Fax : 05 37 67 47 66



79, Résidence bellevue, angle rue 16 Novembre et Avenue Ibn Sina
4^{eme} étage - appt 7 - Agdal - Rabat • Tél : 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66

www.centrevisionlaser.ma

CENTRE VISION LASER RABAT

F A C T U R E

Date : 26/07/2023

Numéro : 1 015



100061548

Nom patient : LAABI TOURIA

Médecin : DR. EL BAKKALI MOUHCINE
OPHTHALMOLOGUE

23G261706

PAYANT

	Montant
OCT	1 000,00

Total	1 000,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	


CILS
Centre Vision Laser Ibn Sina
79 Résidence, Rue 14 Novembre
4 étage Etage 4pt, N° 7 Agdal-Rabat
Tél: 05 37 67 47 37 Fax : 05 37 67 47 47

26, Avenue Ibn Khaldoun-Rabat-Maroc / IF 1447/1365 / PATENTE 25741396
Tél : 05 37 67 66 66 Fax : 05 37 77 72 51 / CNSS 9622425 / ICE 001702042000071

CENTRE VISION LASER RABAT**RABAT****Reçu de caisse**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23G261707	LAABI TOURIA	26/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	.	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SOUKAINA



MONOPROST 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

MONOPROST 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

MONOPROST 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



PT201014153537

26 juillet 2023

Mme LAABI Touria

148.00 ₣

MONOPROST unidose

une goutte une fois par jour et de préférence le soir,
dans les deux yeux

Shu le 23
LARMABAK collyre

1 goutte 3 fois par jour et à la demande ,
dans les deux yeux

Traitements pendant : 6 Mois

162.35
T: 894.50

Dr. Samira EL GHARBI
PHARMACIE SAIFIYA
AV. Annakhl Hey Ryad - Rabat
Tél.: 0537 71 24 43 - 0537 71 77 91



79, Résidence bellevue, angle rue 16 novembre et Avenue Ibn Sina
4^{ème} étage - aptt 7 - Agdal - Rabat • Tél : 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66

www.centrevisionlaser.ma