

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *2658*

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

MENIAR el MENIAR

Date de naissance :

30/06/52

Adresse :

Essaouira

Tél. : *0672833390*

Total des frais engagés :

300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISAGE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CAINNE NATIONALE DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SOCIALE

PRODUCTEURS DE SOINS ASSURÉS EMPLOYEURS CNOPS

Le plugin n'est pas compatible.

ZINE TOURIA
CIN 3377280
AFFIT. 432874741

Information EN COURS DE TRAITEMENT PAYE



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

N° Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
05112467	02/06/2024	Payé en : 49 jours	Virement	ZINE TOURIA	3 400,40	1 540,04	191,16	1 731,20
05112467	02/06/2024	Payé en : 49 jours	Virement	ZINE TOURIA	2 250,00	1 093,00	48,40	1 142,00
05112464	02/06/2024	Payé en : 49 jours	Virement	ZINE TOURIA	300,00	120,00	30,00	150,00
05112464	02/06/2024	Payé en : 49 jours	Virement	ZINE TOURIA	850,40	328,44	112,76	429,20
05 1	-	06/02/2024	Virement	-	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
05 2	-	05/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
05 3	-	03/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
05 1	-	01/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
05 1	-	06/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
05 1	-	30/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
05 3	-	28/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
05 1	-	12/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
05 1	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
05 1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,53	340,27	1 528,90
05 1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80

Application Mobile : SMART CNOPS-Assure ► Télécharger

★★★★★



MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier : 85112467 Date et heure : 02/01/2024 13:11
Nom et prénom Assuré : ZINE TOURIA
Immatriculation : 43874741 / 500397558
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur en Dirhams : 300,00 Nombre de pièces : 3
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0088
Nom Etablissement :

Accusé de Réception



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée



N° du Tél (optionnel): 0612833391

رقم الهاتف (اختياري):

خاص بالمؤمن (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي :

Touria ZINE

رقم الاخراط :

3631718

رقم التسجيل :

1822874741

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

133771280

علاقة القرابة

بين المستفيد والمؤمن(ة)*

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان :

179 lot dans la Sidiha Zine
Casablanca

Montant des frais (Dhs):

300 دhs
2 pieces

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي :

Touria ZINE

تاريخ الإزدياد :

05/02/1958

Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN:

الجنس*:

Sexe*:

Masculin

ذكر

Féminin

أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE):

091176503

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

oui

non

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

Type de soins

Admission ALD*:

oui

non

N° dossier ALD*:

Code ALD:

Soins ambulatoires* *

oui

non

Hospitalisation* *

oui

non

استشارة* *

oui

non

Pli confidentiel remis*:

oui

non

Date d'hospitalisation:

Fait à: Casablanca

حرر:

Le: 09/01/2024

في:

توقيع المؤمن (ة)

في:

Signature de l'assuré (e)

أشهـد بـصـحةـ

كل ما ذكر أعلاه

حرـرـ

J'atteste sur l'honneur

فـيـ

الـصـحـيـةـ

صـحـيـةـ

لـمـذـكـورـ

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذية Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية -

Reçu de caisse

Médecin : DR. LAHBABI MEHDI

N° : 2312191516093510 : / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23L191415	ZINE TOURIA	19/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : WAFIK



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **36281 / 2023** du **19/12/2023**Nom patient **ZINE TOURIA**Entrée **19/12/2023****PAYANT**Sortie **19/12/2023****CPA**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CPA	1.00	150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	150.00
Total Clinique				150.00

DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste)	CPA	1.00	150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	150.00
Total Autres prestations				150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Dr. Mehdi LAHBABI
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 091176503
Tél. : 0522 77 40 à 49 - Fax : 0522 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA
CAISSA ②
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01