

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W19-550209

32596

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule : 12706

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI RHTA

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 066957545

Total des frais engagés : 2023802.071

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAI DI THOURA Age :

46 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Complément dentaire

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'attédocteur conseil de la Mutuelle.

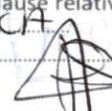
10 JUIL 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 10/07/20

Signature de l'adhérent(e) :





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

REJET 1

PAYE

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
- 3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
	61284089	28/02/2020	Payé en : 59 jours	JAIDI MARIA	300,00	120,00	5,00	125,00
	61284025	28/02/2020	Payé en : 59 jours	JAIDI MARIA	5 000,00	3 664,00	449,50	4 113,50
	61284228	28/02/2020	Payé en : 59 jours	JAIDI MOUNIR	3 800,00	520,00	5,00	525,00

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR]
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061284228

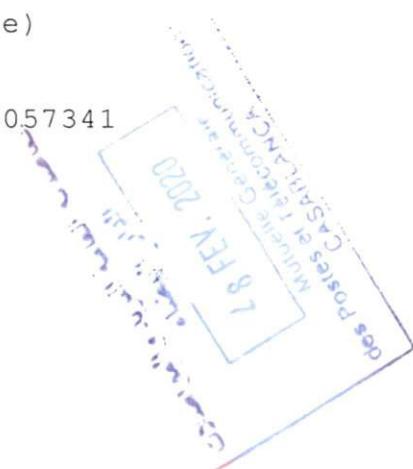
Accusé de Réception

N° Réception : 61284228
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MOUNIR
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 28/02/2020 11:01
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 3800,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :





ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **JAHID Mounir** الإسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **55222** رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **710 604** رقم التسجيل :
N° CIN : **AB111927** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : **Résidence AL Mansour 60 Ghardi**
Adresse : **lnb 46. Appt 4 20216 Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **3800,00 Dhs** مبلغ المصارييف (درهم) :Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **JAHID Mounir** الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **22 05 74** تاريخ الازدياد :
N° CIN : **AB 111927** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M ذكر** الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

الرقم الوطني الاستدلالي للمسار :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الظرف المغلق * : <input type="checkbox"/> تاريخ الحمل :
Maternité *	امومة *	Date de grossesse :	التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement :	تاريخ الاستشفاء :
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation :	تاريخ الحادث :
		Date d'accident :	أسباب الحادث :
		Causes :	

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

Fait à : **Casablanca**
le : **08 02 2020**

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) **[Signature]**

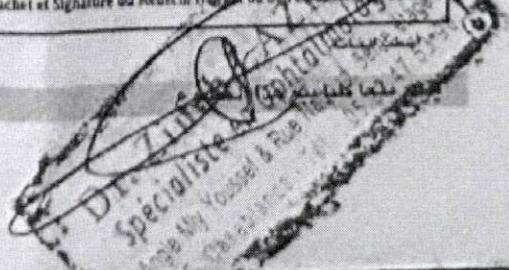
أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : **Casablanca**
le : **08 02 2020**

صافحة الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite



- description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

حدد الوصفات التي تم تنفيذها، التجهيزات الطيبة الممدوحة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النوع المغلوظ Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلاني أو موظف المجهزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

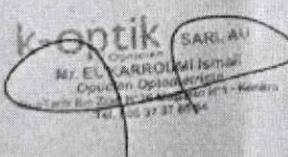
FIN 10 - Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و المصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

				
N° Facture : 002092/2020				
Client : JAIDI MOUNIR		Kénitra, le : 17/02/2020		
Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	-0.25			1.25
O.G	-0.25			1.25
Liste des ventes				
Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Montant
Organique Progressif AR 1.5	Verre	2	1000	2000
Monture	Optique	1	1500	1500
Total HT : 2916,67 TVA (20%) 583,33 Total TTC : 3500				
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :				
TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS				
		 055008643		
<i>Adresse : 36, Av Jark Ibn Ziad Madania N° 1 Kénitra TEL : 0537378564 ICE : 00004090500007 CNSS : 9118193 RC : 37861 Patente : 20122561 IF : 29153533</i>				

