

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-550207

325 98

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KARROUNI Rhita

Date de naissance :

10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545

Total des frais engagés :

430,70

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

18/06/12

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Complément de dentition

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/07/12

Signature de l'adhérent(e) :



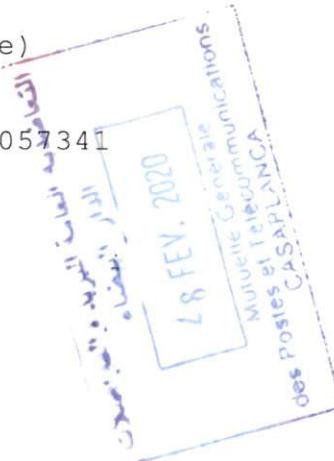
MR MOUNIR JAIDI  
AV GHANDI RES AL MANSOUR ]  
B 33 APPT 09  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061283812

Accusé de Réception

N° Réception : 61283812  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR  
Immatriculation : 33710604 / 100057341  
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI RYAD  
Rang Bénéficiaire : 11  
  
Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 28/02/2020 10:55  
Lieu de réception : CASA 30102  
Valeur du dossier : 430,70  
Nombre de pièces : 6  
Code Agent : MPTT031  
  
Code Etablissement :  
Etablissement :



 <p><b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de soins Maladie</b></p>		<p>التأمين الاجتماعي من العرض Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>ESTANAH 1.1.01.01</p>
N° Bordereau .....	N° Dossier .....	
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b> خاص بالمؤمن به (لها)		
Num et prénom : <b>JAI01 Mounir</b> N° Affiliation : <b>55222</b> N° Immatriculation : <b>710 604</b> N° CIN : <b>AB111327</b>	الإسم العائقي والشخصي : رقم الاسترداد : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن به	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : <b>زوج</b> Conjoint <b>ابن</b> Enfant		
Adresse : <b>Résidence El Nassour, BD Ghendi</b> <b>Imb 46, Appt 1 - 20210 Casablanca</b>		
Montant des frais (Dhs) : <b>130,70 Dhs</b> عدد الوثائق المرفقة : <b>1</b>		
<b>Déclaration du médecin traitant</b> تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins Nom et prénom : <b>JAI01 Ryed</b> Date de naissance : <b>12/06/2012</b> N° CIN : Sexe : <b>M ♂</b> ذكر <b>F ♀</b> أنثى	المستفيد من العلاجات الإسم العائقي والشخصي : تاريخ الازماد : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس :	
<b>Identification du médecin traitant</b> تفريغ الطبيب المعالج		
N° INP	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : نوع العلاجات	
<b>Type de soins</b> Maladie * مرض <input type="checkbox"/> PI confidentiel remis* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Maternité * أمومة <input type="checkbox"/> Date de grossesse : Hospitalisation * استشفاء <input type="checkbox"/> Date prévue d'accouchement : Accident * حادث <input type="checkbox"/> Date d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Date d'accident : Causes :		
تم تقديم الملف المتعلق : <b>نعم</b> تاريخ العمل : التاريخ المرتقب للولادة : تاريخ الاستشفاء : تاريخ الحادث : أسباب الحادث :		
أصرح ببenedicta و صحة المعلومات المذكورة أدناه Je déclare les informations ci-dessous et vérifiées. Date : <b>21 JAN 2020</b> By : <b>D.M BENNOUNA</b> توقيع و طابع السيد المختار بنونا Carter et Signature de l'assuré et de l'établissement de soins "11, Bd. Grand-Duc Jean, Casablanca 0522 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72"		
<small>*INP : Identification Nationale du Professionnel **Carte de visite ou carte pour chaque cas</small> La vente de cet imprimé est formellement interdite تفعيل سمعاً كتابياً يعني هذا المستند		



*Dr. Mohammed Bennouna*

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille (France)  
Réanimation Néonatale  
ph. Métric, Endoscopie digestive et Proctologie Pédiatrique  
Diplôme de la Faculté de Médecine Xavier Bichat - Paris



الدكتور محمد بنون  
متخصص في أسرار الأطفال والرضع  
جراح كلية الطف بليل (فرنسا)  
إجازة متقدمة في فحص المعدة والأمعاء  
بالجامعة الأمريكية للأطفال (باريس)

21.01.2020

Casablanca, Maroc

**Enfant JAIDI RYAD**  
Age : 7 ans 7 mois  
Poids : 22.90 Kg

1 TOPLEXIL 0.33 mg/ml sirop : Fl/150ml av gob dos

Prendre une cuillère à mesure 3 fois / jour pendant 8 jours

2 CLARTEC LORATADINE 0.1G/100 ML SIROP

Prendre 1 cuillère-mesuré par jour, pendant 1 mois.

3 APIRETIL SOLUTION ORALE 100 MG / ML

1 boîte  
Donner dose 24 kg toutes les 6 heures si température sup à 38°

4 NURODOL IBUPROFÈNE SIROP

1 boîte  
Donner dose 24 kg toutes les 6 heures si température sup à 38° en alternance avec Apir

5 OEDES OMÉPRAZOLE 20 MG GÉLULES

Prendre 1 gélule par jour, pendant 1 mois.

LOT : 3496  
UT AV : 06-22  
PPV : 47 DH 00

Charleroi - Belgique - Bureau de Casablanca

Barcode : 6 118000 091387

*117.00*

*47.00*

*19.00*

*99.00*

*180.75*

**PHARMACIE OULMES**  
**ABAKI HAKIMA ET**  
**20, Bd GHANDI ET**  
**ROUTE D'ASMA - Casablanca - Maroc**  
E-mail : bennouna.mohammed@asmasa.ma

Dr Mohammed Bennouna  
PEDIATRE  
1, Bd. Hassan II - Casablanca  
Tél : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 95 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

شارع غالبي، در 150، (قرب سراحت) الطريق 1، البيضاء، الوليد، الوليد، 33000، المغرب - تلفون: 05 22 95 12 32 - فاكس: 05 22 95 53 38 - جوال: 06 61 14 73 72



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 Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
4	-	20/04/2020	Virement	-	3 797,80	724,68	71,78	796,46
61283812	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	430,70	222,20	28,36	250,56
61283765	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	818,10	159,20	13,96	173,16
61283545	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74
61283670	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	2 150,00	160,00	10,00	170,00