

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 065452

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M (51858)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1040 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-065452

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BERDAI

Total des frais engagés : 1040

Date de dépôt : 14/12/2020

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 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.

Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع و ملئ المعاينة	
نقطة العناية	
الجهة الممولة	
MGRAD	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	٢٠٢٠
Signature :	

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 العارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الالكترونية إلى التماضيدين التي تتضمن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما مدة في حالة الملاع المستمر. 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 للتعميم.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستغادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : BAKKAL Fadoula

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Joint O زوج Enfant ابن العنوان : El Hmeimite APP Hall
Adress : E.P.S.A.T.A.M E.P.S.A.B.C.H.A.L. 2016

مبلغ المصاري (درهم) : ١٤٥٠ DHS
Nombre de pièces jointes : ٥٤

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : BAKKAL Fadoula

تاريخ الزيارات :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : M ذكر F امرأة

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق * : Oui Non

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation *

استشفاء *

Accident *

حادث *

Pli confidentiel remis* :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : ٣٠٠٩٢٠٢٠
le : ٣٠٠٩٢٠٢٠

توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ٣٠٠٩٢٠٢٠
le : ٣٠٠٩٢٠٢٠

توقيع و ملئ الطبيب المعالج أو المؤسسة الصالحة
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع ملئها كذا يثبت هذا المسطروح

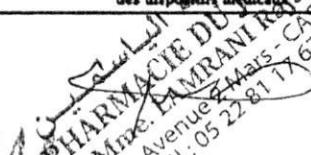
description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الцен المطلوب Prix facturé	توقيع و ختم الصيدلاني معون للمجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou fournisseurs des dispositifs médicaux
30/9/20	440,00	
	092035344	PHARMACIE DU MARABOUT Mme. LAMRANI RABIA 61 Avenue 24 Mars Tél : 05 22 81 11 63
DINP : 1 1 1 1 1 1 1 1		
DINP : 1 1 1 1 1 1 1 1		

zurück das Melanchthon-Museum wiederhergestellt.

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الطباطبائي في ملخص الأحكام والأشعة

INP : L111111

Actes Paramédicaux

2.8.3.3) - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -



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

ENREGISTRE **1**

REJET **2**

PAYE

NON PAYE **2**

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
- 4	-	10/12/2020	Virement	-	1 592,70	516,49	104,31	620,80
	64001419	14/10/2020	Payé en : 57 jours	BAKKALI FADOUA	1 040,00	160,00	20,00	180,00
	64001394	14/10/2020	Payé en : 57 jours	BAKKALI FADOUA	201,00	132,00	33,00	165,00
	64001362	14/10/2020	Payé en : 57 jours	BAKKALI FADOUA	224,50	157,15	35,92	193,07
	63999411	14/10/2020	Payé en : 57 jours	BAKKALI FADOUA	127,20	67,34	15,39	82,73
■ 1	-	20/05/2020	Virement	-	4 596,80	2 476,06	4,80	2 480,86

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue - Andrologue



الدكتور

محمد رضا السنطissi
جراح المسالك البولية و التناسلية

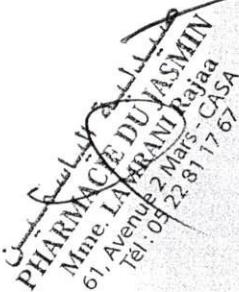
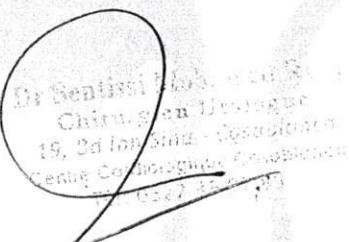
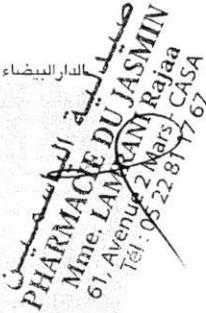
Ordonnance

Casablanca le: 30/09/20

MME BAKKALI FADOUA

Prolactys gell SV

1gell / j pdt 2mois



Dr SENTISSI MOHAMED REDA
CHIRURGIEN UROLOGUE
IF : 40150771
PATENTE : 35801670
INPE : 091185884

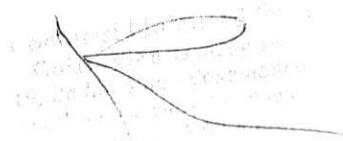
Casa, le 30/09/2020

NOTE D'HONORAIRE

NOM : BAKKALI
PRENOM : FADOUA

CSLT	: 300,00 Dhs
ECHOGRAPHIE	: 300,00 Dhs
TOTAL	6 00,00 Dhs

Arrêtée la présente note à la somme de SIX cent dirhams.



CENTRE URO-NEPHROLOGIQUE ROMANDIE

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue – Andrologue



الدكتور

محمد رضا السنطissi
جراح المسالك البولية و التناسلية

MME BAKKALI FADOUA

CASABLANCA LE : 30/09/20

Compte Rendu Echographique

Le rein droit est de taille normale mesurant 11cm de grand axe bien différencié, pas de dilatation des cavités pyélocalicielles avec cortex conservé sans image de calcul urinaire

Le rein gauche est de taille normale bien différencié, sans dilatation des cavités pyélocalicielles avec cortex conservé sans image de calcul urinaire

La vessie : pleine , à contenu anéchogène sans image endoluminale à paroi fine régulière

Vb sans particularités

Dr. Séntissi M. - Dr. Sentissi M.
Chirurgien Urologue
19, Bd l'Avicenne - Casablanca
Centre d'uro-néphrologie Casablanca
Fixe : 0522.36.97.85 - Gsm : 0661.06.56.71

