

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.

liologie 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

Réclamation : 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.

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

N° P19- 065452

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M. (S.1858)

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDA Mohamed

Date de naissance : 12/07/52

Adresse : 81, Rue Carache Marrakech Casa

Tél. : 0662403375 Total des frais engagés : 1040 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : BAKKACI Fadia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément Remboursement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CNOPS

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 : Casablanca

Le 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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) : BERDA

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتدرة وأدائها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماحدية التي تتضمن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التماحدية

12020
نسخة
الطبيب
المعالج

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
تاريخ الإيداع :
طبيب الخانة



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 : BAKKALI Fadoua
N° Affiliation :
N° Immatriculation : 5511198843
N° CIN : AN09196
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ Adressé : 11 rue Laruche AP 22 Hov
عنوان :
Montant des frais (Dhs) : 20000
مبلغ المصاريف (درهم):
Nombre de pièces jointes : 04
عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BAKKALI Fadoua
Nom et prénom :
Date de naissance : 1988
N° CIN : AN09196
Sexe* : M ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ F
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي
تاريخ الزيداد
رقم بطاقة التعريف الوطنية
الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0911851884
Type de soins :
Maladie* ☐ مرض ☐ PII confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐
Maternité* ☐ أمومة ☐
Hospitalisation* ☐ استشفاء ☐
Accident* ☐ حادث ☐
رقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق* :
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : 0911851884
le : 0911851884
Signature de l'assuré (e)
توقيع المؤمن له (لها)
أصبح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : 0911851884
le : 0911851884
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
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

طبيب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا الطابعة

description des actes effectués وصفات العمليات المجرىة Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie عمليات الإحصاء الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
30.09.20	CS	CR		300.00	

CIM - 10

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 طبيب الأشعة أو الإحصاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
30.09.20	235435/2			300.00	

INP : _____

INP : _____

INP : _____

حرون الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou des fournisseurs des dispositifs médicaux
30/9/20	440.00	

INP : _____

INP : _____

Actes Paramédicaux عمليات المساعدة الطبية

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 : _____

INP : _____

INP : _____

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 Paiement	Mode Paiement	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 رضى السنتيسي
جراح المسالك البولية و التناسلية

Ordonnance

Casablanca le: 30/09/20

MME BAKKALI FADOUA

Prolactys gell SV

1gell /j pdt 2mois

صيدلية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAHRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tel : 06 22 81 17 67

Dr Sentissi Mohamed Reda
Chirurgien Urologue
19, Bd avicenne - Casablanca
Centre Urologique - Nephrologique
Tel : 0522 36 97 85

صيدلية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAHRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tel : 06 22 81 17 67

19, Bd avicenne - Casablanca - E-mail : med.reda.sentissi@gmail.com

Fixe : 0522.36.97.85 - Gsm : 0661.06.56.71 - INP : 091185884

Dr SENTISSI MOHAMED REDA

Casa, le 30/09/2020

CHIRURGIEN UROLOGUE

IF : 40150771

PATENTE : 35801670

INPE : 091185884

NOTE D'HONORAIRE

NOM : BAKKALI

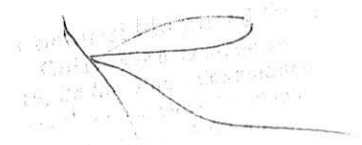
PRENOM : FADOUA

CSLT : 300,00 Dhs

ECHOGRAPHIE : 300,00 Dhs

TOTAL 6 00,00 Dhs

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'K' or 'R' shape with a long horizontal stroke extending to the right.

CENTRE URO-NEPHROLOGIQUE ROMANDIE

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue – Andrologue



الدكتور

محمد رضى السنتيسي
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 anechogene sans image endoluminale a paroi fine régulière

Vb sans particularités

Dr Sentissi Mohamed Reda
Chirurgien Urologue
19, Bd avicenne - Casablanca
Centre Urologique Casablanca
Tél: 0522 36 97 85

19, Bd avicenne - Casablanca - Email : med.reda.sentissi@gmail.com

Fixe : 0522.36.97.85 - Gsm : 0661.06.56.71

