

## 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

- 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.

N° W19-410554

ND = 20739

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 8162

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHABATI Abdellah

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Hay Tazaenda Rue l'Etat

Tél. : 0661976340

Total des frais engagés : 15.000 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2019

Nom et prénom du malade : Engalimie Henda

Age : 20.9.1997

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/12/2020

## Instructions à suivre

une feuille de soins par personne et énement.

ille de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales ances médicales, factures, résultats amens de radiologie et/ou de laboratoire).

m et prénom de la personne soignée être portés par les praticiens eux mêmes que feuille de soins.

ospectus et les PPM concernant les ments achetés doivent être joints aux ances transmises.

ille de soins ainsi que les pièces atives doivent être présentées à votre le dans les deux mois qui suivent le r acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier e présenté dans les soixante (60) jours vent la fin du traitement.

boursement des frais engagés sera sur la base de la tarification nationale ence.

ques liés aux accidents du travail et s professionnelles ne sont pas couverts.

ersonne coupable de fraude ou de fausse ion pour obtenir des prestations qui pas dues, est passible des sanctions réglementaires.

tion de remboursement prise par la est subordonnée au respect des is réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

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 الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتمون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 طبقاً للمساطر 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 و طابع التعاقدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
N°. 1.1.01.01  
ن° 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات :

الاسم العائلي والشخصي :

نارب العازدات :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

Elyatine Henda

2008/1977

BH317481

M ذكر F أنثى

### Identification du médecin traitant

N° INP

091463015

#### Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Date prévue d'accouchement :

Accident \*

حادث \*

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 :

le :

09122019

توقيع المؤمن له (لها)

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات :

تم تقديم الظرف المغلق :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

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

Fait à :

le :

06122019

نفعه طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

### **description des actes effectués**

## وصف العمليات المجرات

CIM · 10

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## **cription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

نوع و طابع الصيدل أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs medicaux	العن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطببيين المساعدين عمليات



FACTURE N° : 190006958

Casablanca le 09-12-2019

Code INPE : 093061141



Mme Houda EL YATIME

Demande N° 1912090047

Date de l'examen : 09-12-2019

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
	Créatinine	B30	B
	Urée	B30	B
0114	Electrophorèse des protides	B100	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0270	Hélicobacter pylori	B180	B
	ASAT (transaminase GOT)	B50	B
	ALAT (Transaminase GPT)	B50	B

Total des B : 800

TOTAL DOSSIER : 1090.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre-vingt-dix dirhams

Dr BOUTAYEB KHAUSSA  
LABORATOIRE  
Médecin Biologiste  
438 Bd 6 Novembre Casablanca  
TEL : 05 22 15 69 49

Docteur SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE  
Specialiste des maladies de la Peau,  
des Ongles et des cheveux  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Allergologie  
Chirurgie de la peau  
Médecine Esthétique (Peeling, Comblement,  
injection de toxine botulique, PRP, Mésothérapie)  
LASER



الدكتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر  
الأمراض التناسلية  
حساسية الجلد  
التجميل  
اللaser

06/12/2019

Le :

## Demande d'analyses

Mme EL YATIME Houda

Hémogramme

Bilan de la fonction rénale

Créatinine plasmatique

Urée plasmatique

En laboratoire LABONNE

Mme EL YATIME Houda  
20-09-1977 F



ORO

Bilan hépatique

ALAT

ASAT

VS

TSHus

Dr BOUTAYEB KHA...

Médecin Biologiste

438, Bd 6 Novembre C. D. T.

TEL : 05 22 55 69 447

A coller sur l'ordonnance

Recherche de l'Hélicobacter pylori dans les selles (perfofag)

Examen parasitologique des selles 3 jours de suite

Electrophorèse des protides

Bd Al qods (Angle Bd Haifa) Résidence Ryad Alqods GH3, imm 1, Appt 06, 3ème étage, Ain Chock

شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس، عمارة 1 الشقة 6، الطابق 3 عين الشقق

الهاتف/ الفاكس: 05 22 38 05 59



MME HOUDA ELYATIME  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452 CASABLANCA CITE DJEMAA

000060742577

Accus de Reception

No Reception : 60742577  
(No rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prnom Assur : ELYATIME HOUDA  
Immatriculation : 43824379 / 040189599

Nom et Prnom Bnficiaire : ELYATIME HOUDA  
Rang Bnficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 30/01/2020 11:35  
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125  
Valeur du dossier : 1340,00  
Nombre de pices : 2  
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :  
Etablissement :