

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 canaux, 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 canaux.

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

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- 0041496

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9098 Société : 20843

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUDI Ahmed

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : Hay Al Azhar Im 3 Ap 19 T 8/2

Ah El Lougblam Casa

Tél. : 0657424824 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Ordonnance

Zaio, Le 16/10/2019

Nom: PETOLAKI ZOULI



6600

① Azimycine 500mg

1cp / jr

CODE INPE :
082024191

② Glycylglycine
3670

2cp x 2 / jr

③ Dologel 1005
14/10

ODERME® 1%

Nitrate d'éconazole

LOT: 08018045
PER: 06-2023
PPV: 36,70 DH



تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NEAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتور Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
16/10/19	C	-	-	1000	

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	توقيع وطابع الصيدلي أو مدون التحضيرات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16/10/2019	<p>Pharmacie El Hay El Jaouh DOCTEUR EN PHARMACIE Rue Ibn Khaldoun N°88 - Zaio Tél: 05.36.33.95.15</p> <p>Pharmacie El Hay El Jaouh MAHMOUD EL HASSAN DOCTEUR EN PHARMACIE Rue Ibn Khaldoun N°88 - Zaio Tél: 05.36.33.95.15</p>

CODE INPE :
082024191

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

د رقم العمارة 11 الشقة رقم 1 الطابق 1
Zaio
clambonphade@gmail.com /0706481281



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)



MME FETOUAKI ZOULIKHA

Droit Ouvert

22/02/1956 - R47068

📍 HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI

🏠 CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

☎ 350 810 000 000 000 788 746 652

Mes ayants droits

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ➤ Télécharger

★★★★☆

Information

EN ATTENTE DE PIECE ①

PAYE

① 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
- 2	-	27/01/2020	Virement	-	314,20	213,94	37,27	251,21
59867092	10/12/2019	Payé en : 48 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	217,20	146,04	21,75	167,79
59867108	10/12/2019	Payé en : 48 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	97,00	67,90	15,52	83,42

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ➤ Télécharger

★★★★☆

Royaume du Maroc



MME ZOULIKHA FETOUAKI
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI
CASABLANCA
20600 CASABLANCA SIDI BERNOUSS

000059867092

Accusé de Réception

N° Réception : 59867092
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : FETOUAKI ZOULIKHA
Immatriculation : 93288047 / 090035932
Nom et Prénom Bénéficiaire : FETOUAKI ZOULIKHA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 10/12/2019 13:01
Lieu de réception : CASA SIEGE 90129
Valeur du dossier : 217,20
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE244

Code Etablissement :
Etablissement :