

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

20844

RAM

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9098 Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : FADIA SOFI Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : Hay AL Aghiam Im 3 Apt 19 7842

Alil Louaghla

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 : Casab Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

| | |
|--|--|
| CASABLANCA  | |
| Identifiant de l'agent : Numero de dossier : | Date de dépôt du dossier : Cachet et signature de la mairie |

Effectuer une feuille de soins par personne et joindre à la feuille d'absentéisme.

טוטו טוטו טוטו

Instructions à suivre

وصف العمليات المجرأة description des actes effectués

آخر الوصائل التي تم تقديمها والتreatments les plus récents

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| التاريخ Date d'exécution ١٤/١١/١٩ | النوع Prix facture ٩٩ | توقيع و طابع الصيدلاني أو موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux Pharmacie EL HABIB JUSTICE MAHMOUDI HASSAN DOCTEUR EN PHARMACIE Rue Ibn Khaldoun N° 88 - Zéïd Tél: 05.36.33.95.15 |
| CODE INPE : 082024191 | | |

CM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Ordonnance

Zao, Le 19.12.19. 35

Nom: FETOUAKI ZOULIKBA

PPV: 55,00 DH
LOT: 607858
PER: 09/20

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersible

A standard linear barcode is positioned horizontally across the page. It is composed of vertical black lines of varying widths on a white background. The barcode is located in the upper left quadrant of the page.

550

Amoxicillin

$$1_{\text{eff}} = 2/5 \checkmark$$

2 Fredni do me cíp
4200 328/51 le Ratn 21

El Hay El Jadid
HASSAN
ARMÉE
88 MAHMOUDI HASSAN
DOCTEUR EN PHARMACIE
Khaldaou N° 88 - Zaïo
36.33.95.15

9
Pharmacie
MAISON JUDI HABIB
DOCTEUR EN PHARMACIE
hr Khalilou N° 88
05.36.33.95
05.36.33.95
Code type :
082024191
sue Ibn Khalil
Tél: 05.36.35.35.

LOT N°: 100
UT. AV: 0.422
PPV: 0.00 D.H
الجع فلاح الطيب أو العبداني

PREDNI²⁰mg 

A standard linear barcode is positioned vertically on the left side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

ع^مارة 11 الشقة رقم 1 الطابق الأول حي السوق - زايو -
elamouri.jihade@gmail.com / 0706481



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

💡 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

★★★★☆



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

000059867108

Accusé de Réception

N° Réception : 59867108
(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 13:02
Lieu de réception : CASA SIEGE 90129
Valeur du dossier : 97.00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : 9MGE244

Code Etablissement :
Etablissement :