

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

Informations 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.

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.

Optique :

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

Education :

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 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Société : RAM .

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976341

Total des frais engagés : 1055,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 1 MARS 2021 Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant -

Nature de la maladie : ACCUEIL .

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 : 10/02/21

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

une feuille de soins par personne et énement.

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

om et prénom de la personne soignée nt être portés par les praticiens eux mêmes aque feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les cements achetés doivent être joints aux nances transmises.

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

emboursement des frais engagés sera ctué sur la base de la tarification nationale fférence.

isques liés aux accidents du travail et adies professionnelles ne sont pas couverts.

te personne coupable de fraude ou de fausse laration pour obtenir des prestations qui ont par dues, est passible des sanctions es et réglementaires.

ligation de remboursement prise par la OPS est subordonnée au respect des tions 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 التعاونية التي تنتهي 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 للإسقادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطبع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

الإسم العائلي والشخصي
Rقم الإنخراط :

N° Affiliation :

رقم التسجيل :

N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : العنوان
Montant des frais (Dhs) : مبلغ المصاري (درهم)
Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe * :

نوع العلاجات
تاریخ الإزایاد :

200977
BH317481
M ذكر F انثى

Identification du médecin traitant

N° INP :

091049023

Type de soins :

Maladie *	* مرض	Pli confidentiel remis* :	Oui	Non	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité *	* أمومة	Date de grossesse :			تاریخ الحمل :
Hospitalisation*	* استشفاء	Date prévue d'accouchement :			التاریخ المرتفق للولادة :
Accident *	* حادث	Date d'hospitalisation :			تاریخ الاستشفاء :
		Date d'accident :			تاریخ الحادث :
		Causes :			أسباب الحادث :

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :
le : 06/01/2021
Fait à :
le : 06/01/2021
في

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

توقيع الطبيب المعالج
Signature du médecin traitant
Cachet et Signature du
Etablissement de soins.

Description des actes effectués

وصف العمليات المحرّأة

CIM - 10

صفات التي تم تتنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفدي Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
06 / 01 / 21	905,80	

Docteur Rachid BELGHMI

Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية ORDONNANCE

06\01\2024

EL YATIME AND

267,000 Zebra 400 mi

Zivlox 400 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique

Prazol® 20 mg
Omeprazole
14 gélules

6-118000-040644

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

2 02/03

6118001-220CC

14

رقم 29 - ميائة - الناز التضياء العائد: 06 63 30 09 58

دكتور بلقاسم رشيد
Dr. BELGHM'R Rached
Médecin Général



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)

nformation

REJET 1

PAYE

EN COURS DE PAIEMENT 1

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
- 1	-	05/03/2021	Virement	-	450,00	64,00	16,00	80,00
65325557	29/12/2020	Payé en : 66 jours		ELYATIME HOUDA	450,00	64,00	16,00	80,00
- 1	-	19/02/2021	Virement	-	1 055,80	698,06	287,74	985,80
65698656	22/01/2021	Payé en : 28 jours		ELYATIME HOUDA	1 055,80	698,06	287,74	985,80