

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

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



Complément Déclaration de Maladie

N° P19- 0039868

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARIT ABDELGHANI

Date de naissance : 15-07-1967

Adresse : 56, hay messandria RASCA

Tél. : 0661976344

Total des frais engagés : 1055,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 1 MARS 2021

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 : CASBA Le : 10/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

une feuille de soins par personne et
nement .

feuille de soins doit être accompagnée de
les pièces justificatives originales
nnances 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
chaque feuille de soins.

rospectus et les PPM concernant les
cements achetés doivent être joints aux
nnances transmises.

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

remboursement des frais engagés sera
ctué sur la base de la tarification nationale
éférence.

risques 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
des et réglementaires.

obligation de remboursement prise par la
OPS est subordonnée au respect des
ditions 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
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى
التعاضدية 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 يوما)
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 طبقا للمساطر
القانونية.

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



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom :

ELYATIME HONDA

N° Affiliation :

343334

N° Immatriculation :

432824379

N° CIN :

BH317481

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

56, Hay D'Essaoudia 218 12/1

Montant des frais (Dhs) :

1055,80

Nombre de pièces jointes :

02

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

ELYATIME Honda

Date de naissance :

20 09 77

N° CIN :

BH317481

Sexe * :

M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP :

091049023

Type de soins :

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui Non

تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation*

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Accident *

حادث *

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

أصرح بمصادقية 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

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

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
06/01/2021			150 DA		دكتور بلغمي رشيد Dr. BELGHMI Rachid Médecin Général

CIM - 10

صفقات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون 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

EL YATIME Houda

267,00 Zivlox 400 mg

52,80 magol 20 mg

(165,00 x 3) 18/11
Cronodine 240 LP n°391,00 18/11
Stabical 20 mg
18/11

905,80

Zivlox 400 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410034

Prazol 20mg
Omeprazole

14 gélules



6 118000 040644



6 118001 220014

CRONODINE 240 LP
30 Gélules



6 118001 220014

Staticol 20 mg
28 Comprimés enrobés sécables



6 118000 120247

06 63 30 09 58 - الدار البيضاء الهاتف: 98 رقم 29 - مبانة

دكتور بلغمي رشيد
Dr. BELGHMI Rachid
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)

Information

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