

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.

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.

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

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° M20- 0009671

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SHAMI Fatima
Date de naissance : 01.07.58
Adresse : R SANAA, Bd Bouygues N° 130 Casablanca
Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 132,86 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 : Casablanca Le : 05/09/2019
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





Casablanca, le 17/11/2020

ORDONNANCE

Nom : KSAR A. Prénom : Mohammed

39,80
Ravitaillement
12/11/20

0 - 0 - 5 / 1 jour

0 - 0 - 10

à maintenir pendant

10

Docteur S. MARSLI
Neurologue
Tel: 06 87 19 33 10

Angle Rue Batinia et Rue 93. Quartier de la Famille française Derb-Ghallel-Maarif - Casablanca
Tél.: 05 22 92 28 28 (L.G) - Fax : 05 22 23 81 55 - E-mail : clinique.hamdani@yahoo.com

Date de dépôt du dossier : / /

Date d'arrivée : / /

<p>الجمعية الوطنية N° 080814000 C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
	<p>N° Dossier : 0605904320</p> <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>
<p>Nom et prénom : KSAR Mohammed</p> <p>N° Immatriculation : 159689128</p> <p>N° CIN : B 99405</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p> <p>Adresse : R. SARVA, Angle Rue IBRAHIM KALAKIS, Bd Bouyoucef N° 130 Casablanca</p> <p>Montant des frais : 339,80 Dhs.</p> <p>Nombre de pièces jointes : 2</p>		<p>الإسم العائلي والشخصي : KSAR Mohammed</p> <p>رقم التسجيل : 159689128</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 99405</p> <p>العنوان : R. SARVA, Angle Rue IBRAHIM KALAKIS, Bd Bouyoucef N° 130 Casablanca</p> <p>مبلغ المصاريف : 339,80 درهم</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 2</p>	
<p>Déclaration du Médecin traitant</p> <p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : / / / / / / / / / /</p> <p>Date de naissance : / / / / / / / / / /</p> <p>N° CIN : / / / / / / / / / /</p> <p>Sexe * : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p> <p>INPE et code à barres * : / / / / / / / / / /</p> <p>Médecin traitant : Docteur S. MARSLI Neurologue المعالج : Dr. S. MARSLI Neurologue Tel: 06 87 19 33 10</p> <p>Etablissement de soins : / / / / / / / / / /</p>		<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الإسم العائلي والشخصي : / / / / / / / / / /</p> <p>تاريخ الميلاد : / / / / / / / / / /</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : / / / / / / / / / /</p> <p>الجنس * : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر * : / / / / / / / / / /</p>	
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>N° dossier ALD : / / / / / / / / / /</p> <p>Code ALD : / / / / / / / / / /</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		<p>قبول المرض المزمن *</p> <p>رقم ملف المرض المزمن : / / / / / / / / / /</p> <p>رمز المرض المزمن : / / / / / / / / / /</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : 17/11/2020</p> <p>Le : 17/11/2020</p> <p>توقيع المؤمن له : / / / / / / / / / /</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : 17/11/2020</p> <p>Le : 17/11/2020</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية : / / / / / / / / / /</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - 2186 - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء ص. ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 201199700886577	Emis à Casablanca le : 10/11/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005 Informations : معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
063759503	17/10/2020	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
063759503	17/10/2020	PH	PHARMACIE	39,80	39,80	1,00	1,00	39,80	70	27,86
Total remboursé pour MOHAMED										132,86
Total général remboursé										132,86

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان