

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.

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.

Prothèse :

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° M21- 0010994

72394

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10023

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TENZABI YOUNES

Date de naissance : 07-11-70

Adresse :

Tél. : 066152756

Total des frais engagés : 1458,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AIT TAHINE SOKAINE

Age : 34

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 28 MAR 2021

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) :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

blir une feuille de soins par personne et par inement.

feuille de soins doit être accompagnée de ites les pièces justificatives originales donnances médicales, factures, résultats des imens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée vent être portés par les particiens eux mes sur chaque feuille de soins.

PPV et les codes à barres concernant les dicaments achetés doivent être joints aux isiers de remboursement.

feuille de soins ainsi que les pièces tificatives doivent être présentées à votre tuelle dans les deux mois qui suivent le mier acte médical, sauf s'il y a traitement dical continu. Dans ce dernier cas, le dossier t 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 référence.

risques liés aux accidents du travail et ladies professionnelles ne sont pas couverts. ite personne coupable de fraude ou de sse déclaration pour obtenir des prestations ne sont pas dues, est passible des sanctions ales et réglementaires.

ligation de remboursement prise par la OPS est subordonnée au respect des ditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : / / : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمعوض له (ها)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint ☐ زوجEnfant ☐ ابن

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ☐ ذكرFéminin ☒ أنثى

الاسم العائلي والشخصي تاريخ الازدياد : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP

DOCTEUR AZOUZOU BACHA BENNANI

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

Maladie* ☐

* مرض

Maternité* ☐

* أمومة

Hospitalisation* ☐

* إستشفاء

Accident* ☐

* حادث

N° INP

OPHTALMOLOGUE

Maladie de chirurgie des yeux

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

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

Fait à :

Le :

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

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à :

Le :

توقيع الطبيب المعالج
Signature du médecin traitant

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة
diplômée de la faculté de médecine
PARIS VI - 134 634 43 18 99

La vente de cet imprimé est formellement interdite

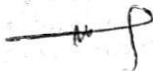

يمنع مبيعاً كل هذا الطبع

وصف العمليات المجراة

تاريخ 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 traitant
9 Octo 2020					<p>DOCTEUR AZZAOUI Fatima en HENNAI</p> <p>OPHTALMOLOGUE</p> <p>Maladie et chirurgie des yeux</p> <p>diplômée de la Faculté de médecine</p> <p>PARIS VI - Tél. 044 48 18 09</p>

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المصقوف Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux																				
10/20	58.30																					
	INP: 689175225																					
																						
	INP: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
	1100,- dh																					
1/22	INP: 075020669																					

SAKURA OPTIC
Opticienne-Optométriste
19 lot 127, Route 2 Marrakech
Tel : 06 80 57 08 58
ICE : 902196875000038

Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]					

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

DOCTEUR AZZAQUI Fatima ép. BENNANI

OPHTALMOLOGUE

Maladie et chirurgie des yeux

Diplômée de la faculté de médecine PARIS VI

Ancienne Attachée des Hôpitaux de PARIS

Membre de l'association Française d'ophtalmologie

الدكتورة عزاوي فاطمة . ز. بناني

اختصاصية في أمراض العيون

خريجة كلية الطب باريس VI

ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Marrakech, le

09 Octo 2020

مراكش في

Dr Lahem Boukhar

Seuettis ceeli R ceeli (B)

ODR (180° - 180)

OG. (180° - 180)

Reelle

22.60

Flucon 73 (S.V)

MS

35.70

Tchuekx (S.V)

DOCTEUR AZZAQUI Fatima ép. BENNANI
OPHTALMOLOGUE

Maladie et chirurgie des yeux
diplômée de la faculté de médecine
PARIS VI - Tél : 044 43 18 09

SAKURA OPTIC
Opticienne Optométriste
19 lot 127, Boulevard 2 Marrakech
Tél : 05 24 43 18 09
ICE : 0021988/8000038

TIC
optique
Marrakech
Tél : 05 24 43 18 09

عمارة رشادي - زنقة خالد بن الوليد - قبالة المطافئ - جوار فندق مراكش - الهاتف : 05 24 43 18 09
Im. RACHADI - Rue Khalid Ben Oualid - Face pompiers - A côté de l'Hôtel Marrakech - Tél. : 05 24 43 18 09



Lot:
Exp: GKFS1A
07 2021

FLUCON®
COLLYRE

LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

Fabriqué par
ALCON CUSI S.A.
E-08320 El Masnou - Barcelone



Lot:
Exp: GHF1A
07 2021

TOBRADEX®
COLLYRE EN SUSPENSION

LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS



Fabriqué par
LABORATOIRES ALCON CUSI
E-08320 El Masnou - Barcelone

SAKURAoptic

19 LOT 127 ROUIDATE 2 MARRAKECH

40000 Marrakech

Tél: 0660570858

Mme SOKAINA AITLAHCINE

FACTURE N° : F20/0076

Date : 10/11/2020

Prescrit par : AZZAOUI FATIMA EP BENNANI

No ID :

En date du : 09/10/2020

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
Verres	1	250.00	250.00	20.0
Verres	1	250.00	250.00	20.0
Montures	1	600.00	600.00	20.0
 Corrections : VL D. Sph: PLAN Cyl: -1.50 Axe: 180° VL G. Sph: PLAN Cyl: -1.50 Axe: 10°				
Total	3		1100.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
916.67	183.33	1100.00	1100.00	0.00 Dh

SAKURA OPTIC
Opticienne Optométriste
19 lot 127 Rouidate 2 Marrakech
Tél: 06 66 57 08 58
ICE : 002196075000038

TP45302249/IF31887326/ICE002196075000038/INPE075020669/RC128756