

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M20- 0008512

72393

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10023 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TENZAÏ YOUSSEF

Date de naissance : 07-11-70

Adresse :

Tél. : 0661512786 Total des frais engagés : 1900,- 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 :

Le :/..../.....

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع التغاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاریخ الایداع :

تعليمات يجب اتباعها

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 الإسم 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 الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عناية طبية بما عدا في حالة العلاج المستمر . في هذه الحال، يجب تقديم الملف في جدول شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

ستتم تعويض المبالغ المضروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغاضف.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



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 :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : AIT LAYLA SOHINA
رقم الإنحراف :

رقم التسجيل : 42181212
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresss : M 48 RUE ZAHRA ENNAKHL NORD 11000 CASABLANCA
العنوان:

Montant des frais : 1900 درهم
مبلغ المصاري:

Nombre de pièces jointes : 4
عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات كـ *

الإسم العائلي والشخصي : SOHINA AIT ZAHRA
تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 4201281833
الجنس :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1111111111111111
الرقم الوطني الإستدلالي للممارس:

Type de soins نوع العلاجات

Maladie* مرض* confidéntiel remis* : Oui Non تم تقديم الطرف المعلن :

Maternité* أبومة* Date de grossesse : تاريخ الحمل:

Hospitalisation* استشفاء* Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتفق للولادة:

Accident* حادث* Date d'hospitalisation : تاريخ الإصابة:

Causes : نوع الحادث:

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

Fait à : Marrakech le 1/1/2011 في : الدار البيضاء توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.

Fait à : Marrakech le : 1/1/2011 في : الدار البيضاء توقيع طبيب العيادة المعاينة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Professeur de Gymnastique

INPE : 071170377

أصل طلب الفحص

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cacher la mention utile pour chaque case

CIM-10

فرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الضدية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفاصي Date d'exécution	العنوان المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

INP: | | | | | | |

JNP:1-1-1-1-1-1

عمليات المساعدات الطبيعية

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

ال Clinique



CLINIQUE AL OUMOUMA

Reçu de Caisse

01944

M. A. I. Dahine Samakani

Montant Réglé : 100.000

Autre : 0.00

en règlement des frais de son hospitalisation

Facture N° 00000000000000000000000000000000

Date : 05/08/2004 Marrakech

Signature & Cachet :

D. Bassam

CLINIQUE AL OUMOUMA

MERE & ENFANT

Clinique spécialisée dans les maladies de la mère et de l'enfant

Accouchements

Chirurgie gynécologique et Coeliochirurgie

Chirurgie du sein

Assistance médicale à la procréation

Maladies et chirurgie infantile



مصحة الأمومة

الأم والطفل

مصحة مختصة بأمراض الأم والطفل

الولادة

جراحة أمراض النساء

جراحة الثدي

المساعدة الطبية على الإنجاب

أمراض وجراحة الأطفال، الرضع والخدج

Marrakech, le:

28/10/10

Yye Ait Lahain Ben Kaine

Rééducation périnéale

(10 séances)

post partum

CLINIQUE AL OUMOUMA
Pr BASSIR Ahlam
Professeur de Gynécologie Obstétrique
INPE : 071170377



Cabinet de Kinésithérapie et Physiothérapie **BENYAICH**

BENYAICH Soufia

Kinésithérapeute - Physiothérapeute



Marrakech le : 30/11/2020

Facture n°60/20 :

Mme BENYAICH SOUFIA, kinésithérapeute et physiothérapeute à l'honneur de présenter
à Mr AIT LAHCINE SOUKAINA .

Sa facture pour Dix (10) de rééducation fonctionnelle.

Au prix de 150 Dhs par séance, soit $150 \times 10 = 1500,00$ Dirhams.

(Arrêté la présente facture à la somme Mille Cinq Cent Dirhams).

BENYAICH SOUFIA
Kinésithérapeute - Physiothérapute
113 Bd. Abdelkrim Khattabi Résidence
Al Mohandiz N° 9 D, 3ème Etage, Guéliz
Marrakech Tél : 05 24 432 338

ICE :001556472000021



Cabinet de Kinésithérapie et Physiothérapie **BENYAICH**



BENYAICH Soufia

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Marrakech le:30/11/2020

Relevé de séances :

Mme BENYAICH SOUFIA, Kinésithérapeute et physiothérapeute a l'honneur de présenter à

Mme AIT LAHCINE SOUKAINA son relevé de séances :

Nombre de séances	Date de séances	Paiement
1	04/11/2020	150dh
2	09/11/2020	150dh
3	11/11/2020	150dh
4	13/11/2020	150dh
5	16/11/2020	150dh
6	20/11/2020	150dh
7	23/11/2020	150dh
8	25/11/2020	150dh
9	27/11/2020	150dh
10	30/11/2020	150dh

BENYAICH SOUFIA
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
113, Bd. Abdelkrim Khattabi, Résidence
Al Mouhāndiz N° 9D, 3ème Etage, Guéliz
Marrakech - Tel: 05 24 432 338