

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.

Maladie chronique :

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 ALP :

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- 0010993

78390

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10023 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TENZALI

Date de naissance : YOUNES 07-11-70

Adresse :

Tél. : 066152956 Total des frais engagés : 354,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HIT LAHINE SOLMANA Age : 34

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

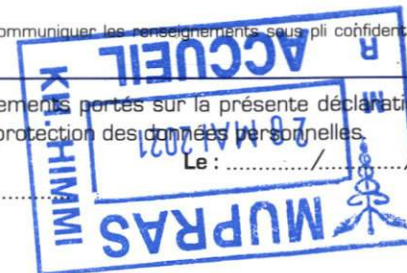
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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 ent être portés par les praticiens 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 mrier 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 ectué 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
مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau:

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن 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

بيّن 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

الجنس: *

Identification du médecin traitant

تحريف الطبيب المعالج

* N° INP

Type de soins

Maladie* ☐ مرض *Maternité* ☐ أمومة *Hospitalisation* ☐ إستشفاء *Accident* ☐ حادث *

Pli confidentiel remis*:

oui ☐ non ☐

Date de grossesse:

Date prévue d'accouchement:

Date d'hospitalisation:

Date d'accident:

Causes:

نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المغلق*:

تاريخ الحمل:

التاريخ المرتقب للولادة:

تاريخ الإستشفاء:

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 les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à:

Le:

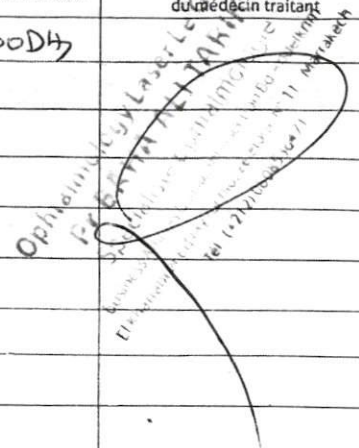
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Établissement de soins* INP: Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

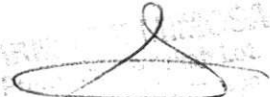
منع بيع هذا المطبوع

SSM-0670-22-84-86

Description des actes effectués		وصف العمليات المحجزة			
تاريخ :s 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
28/12/2020	Cs			3000dh	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des 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 Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/12/2020	54,40	

INP : 072073153

INP :

INP :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والمصور
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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INP :

INP :

INP :

Actes Paramédicaux					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 :

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé
Adulte & enfant
Cataracte, Strabisme, Ptosières, Voies
lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,
Chirurgie réfractive et Contactologie



طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون
الكبار والصغار
المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك
الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية
الجراحة الانكسارية والعلاجات اللاصقة

Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 34104

asmaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT20112713203 8	AIT LAHCINE SOKAINA	28/12/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :	Total payé	300,00

Ophthalmology Laser Le Gueliz
Pr. ALI KHATTABI
28/12/2020
Tél : 0717160550

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com

Ophthalmology Laser Le Guéliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Ptosis, Voies

lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,

Chirurgie réfractive et Contactologie



Marrakech le :

28 décembre 2022

Mme AIT LAHCINE Sokaina

54/40

1/ TOBRADEX POMMADE

1 application le soir, dans l'œil gauche, pendant 15

Ophthalmology Laser Le Guéliz

Pr BAH A LI TARIK

Spécialiste ophtalmologie

Business Affaires Guéliz, Intersection Bd Abdelkrim

El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11 Marrakech

Tél (+212) 080536471

ب العيون و الليزر جليز

تة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

بار والصغار

ياه البيضاء الحول أمراض الجفن المسالك

عية الزرق القرنية الشبكية

راحة الانكسارية والعصيات اللاصقة

le Ophthalmique

de 3,5 g

3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g

de 3,5 g