

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-586877

couver



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 768	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHERKOUN M et			
Date de naissance : 01-07-1945			
Adresse : 106 Bd de l'ATLANTIDE POLO casablanca			
Tél. : 0661174798	Total des frais engagés : 2650,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : *Epise*

Le : *30/06/2021*

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODU.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H <hr/> D <hr/> B	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Caisse Nationale des Organismes
 de Prévoyance Sociale
 4, rue AL Khalil
 BP 209 - Rabat
www.cnops.org.ma

Madame, Monsieur,

BOUZOUBAA AMINA
 106 AV ATLANTIDE POLO
 20001 CASA



كشف حول الموافقة على التحملات لفائضكم Relevé des accords de prise en charge en votre faveur

سيدي، سيدتي

بناء على طلب التحمل demande de prise en charge الذي تقدم به منتج العلاجات البين أسفله لفائضكم، تخبركم أن الصندوق الوطني للنظام الاجتماعي وافق على هذا الطلب كما هو مبين في الجدول التالي :

رقم الملف N° du Dossier	منتج العلاجات Prestataire de soins	المستفيد Bénéficiaire	مدة صلاحية الموافقة Durée de validité de l'Accord	نوعية الخدمات Nature de la prestation	حصة الصندوق ** Part CNOPS en DH	حصة المؤمن ** Part Assuré en DH
67958891	CLINIQUE RACHIDI	BOUZOUB AA AMINA	du 28/05/2021 au 28/06/2021	ACTE DE CHIRURGIE	5850,00 DH	650,00 DH

ملحوظة :

* لإبداء ملاحظاتكم، المرجو مراجعة مصالح الصندوق الوطني للنظام الاجتماعي، الكائنة ب 4 زنقة الخليل - الرباط، أو على العنوان البريدي : ص.ب 209 - الرباط

** يتم احتساب حصة الصندوق وحصة المؤمن بناء على نسب التحمل المنصوص عليها في القانون 00-65 ونصosome التطبيقية، كما يتم تحديد قيمة الخدمات موضوع طلب التحمل على أساس التعريف الوطنية المرجعية المبرمة مع منتجي العلاجات تحت إشراف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

*** لا يشمل الكشف بعض الخدمات الإضافية (مبنيت المرافق أو المرافق، غرفة فردية، إلخ) التي لا تدخل في إطار الخدمات التي يتحملها الصندوق بموجب التصريح القانونية والاتفاقيات الوطنية مع منتجي العلاجات



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le :

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

جراحة أمراض العيون

الإنعاش الطبي والجراحي

جهاز الليزر

جهاز السكانير الجسماني الكلي

زرع فوقي الأذن

التشخيص والتحليلات



مصحة الراشدي

الدار البيضاء في

TICKET MODERATEUR et PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Numéro Facture	Date facture	Nom du patient	Période hospitalisation
			Début Fin
136984 /2021	21/06/2021	Mme BOUZOUBAA AMINA	21/06/2021 21/06/2021

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
<i>Ticket modérateur</i>				
CATARACTE+IMPLANT PAR PHACO OG		1,00	2 650,00	2 650,00
		Total ticket modérateur		2 650,00
				-

Arrêté le total adhérent à la somme de DEUX MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total adhérent	2 650,00
--	-----------------------	-----------------

Total facturé (dhs)	8 500,00
- Montant pris en charge par l'organisme (dhs)	5 850,00
- Montant à charge de l'adhérent (dhs)	2 650,00

Payé Le: 2 JUIN 2021
Par CHQ N° 8 B. 0127424
Tiré: T.G.
Montant: 2650

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tel: 0522 29 49 36 / 0522 20 92 43
Fax: 05 22 22 03 57

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente : 35504150 -ICE : 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36 / 37

Fax : 05 22 22 03 57 -Email : rachidi@cliniquerachidi.com



43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - الاتصال: 35504150

05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس: 05 22 22 03 57 -Email: www.cliniquerachidi.com