

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.

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° W21-631996

*par
comme*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9383

Société : RAVI

79290

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIM

28-03-68

Adresse : le

Tél. : 0661518556

Total des frais engagés : 1300 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) : ...

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-631996

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : ...

Nom de l'adhérent(e) : ...

Total des frais engagés : ...

Date de dépôt : ...

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها :

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 les 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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a 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.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التغطية
Section RABAT	
15 AVR. 2021	
MGEN	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Signature :	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : MEZIANI RAFIK
N° Affiliation : 179223
N° Immatriculation : 931540171
N° CIN : C214019

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

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن
Adresse : 3, les Dar Mehdi, Appt. 23, Secteur 9
Rue Roumaine Hay Ryad, Rabat
Montant des frais (Dhs) : 130.000
Nombre de pièces jointes : 3

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : MEZIANI RAFIK
Date de naissance : 25/06/1993
N° CIN : C214019
Sexe* : M ذكر ○ F انثى ○

Identification du médecin traitant

N° INP : 161062893

Type de soins

Maladie *	<input type="radio"/> مرض *	Pli confidentiel remis* : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non :
Maternité *	<input type="radio"/> امومة *	Date de grossesse :
Hospitalisation *	<input type="radio"/> استشفاء *	Date prévue d'accouchement :
Accident *	<input type="radio"/> حادث *	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Rabat
le : 30/03/2021
ني :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vétables.
Fait à : Casablanca
le : 23/03/2021
ني :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

نحو في جميع الأحوال لا يجوز تغيير المحتوى
Cachet et Signature du praticien traitant / Bréviairement
Maison du Praticien / GYM

* اكتب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا المطبوع

Date d'exécution	Prise facture Signature et Cadre du Pharmacien et/ou Fournisseurs Légende : Oui/non / Non de réponse / Non de l'ordre	INP - Code de la sécurité sociale	INP - Code de la sécurité sociale
2021-03-15	Oui	INP - Code de la sécurité sociale	INP - Code de la sécurité sociale
2021-03-15	Oui	INP - Code de la sécurité sociale	INP - Code de la sécurité sociale
2021-03-15	Oui	INP - Code de la sécurité sociale	INP - Code de la sécurité sociale

Actes de Biologie, Radiologie et Image de la Clinique

Royaume du Maroc



MR RAFIK MEZTANT
SECT 09 RES DAR EL ME DI
N03 APT 23 RUE ROMANE HA
RIAD RABAT
10000 RABAT RP

06600-256399

Reçu le de Réception

Mr Recepteur

67256399

(à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré

MEZTANT RAFIK

Famille Reculée

03540171

/ 090121115

Nom et Prénom Bénéficiaire

MEZTANT RAFIK

Numéro Bénéficiaire

01

Type dossier

ENSEMBLE DE SOINS

Date et heure

15/04/2021 14:44

Code de réception

SATE 92601

Valeur du dossier

1300,00

Nombre de pièces

2

Code Agent

9MGE 396

Code Etablissement

Etablissement



Ce plug-in n'est pas compatible.

Accueil > Application > assure app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information

ENREGISTRE 2

REJET 1

PAYE

ACCORDE 1

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 4	-	15/06/2021	Virement	-	2 164,10	1 326,42	308,34	1 634,76
67876599	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	147,60	41,02	9,38	50,40
67877010	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	910,30	631,24	148,91	780,15
67876973	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	540,00	431,20	107,80	539,00
67876941	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	566,20	222,96	42,25	265,21
- 3	-	05/05/2021	Virement	-	2 312,10	1 409,00	350,00	1 759,00
67256705	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	500,00	264,00	66,00	330,00
67256653	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	512,10	105,00	24,00	129,00
67256599	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	1 300,00	1 040,00	260,00	1 300,00
- 2	-	31/03/2021	Virement	-	1 375,00	556,17	104,69	660,86
66447412	03/03/2021	Payé en : 28 jours		MEZIANI RAFIK	763,80	177,68	18,18	195,86
66447434	03/03/2021	Payé en : 28 jours		MEZIANI RAFIK	611,20	378,49	86,51	465,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 400,00	800,00	100,00	900,00
1	-	03/11/2020	Virement	-	550,00	360,00	50,00	410,00
1	-	30/06/2020	Virement	-	532,90	160,60	14,28	174,88

LABORATOIRE ARRIBAT CENTER D'ANALYSES MEDICALES

Docteur CHIHAB WAFAE

Tél: 05.37.68.68.09 -- Fax: 05.37.68.68.09

INPE: 097158711 -- ICE: 001699806000012 -- IF: 33765437

FACTURE: 10994/2021

RABAT le

24/03/2021

Nom et prénom

MR MEZIANI RAFIK

Référence

15H6

Médecin prescripteur

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS. HEMOGRAMME	80
VS. VITESSE DE SEDIMENTATION	30
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
ACIDE URIQUE SERIQUE (URICEMIE)	30
GLYCEMIE A JEUN	30
TRANSAMINASE O/GOT/ASAT/TGO	50
TRANSAMINASE P/GPT/ALAT/TGP	50
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
CHOLESTEROL TOTAL	30
CHOLESTEROL HDL	50
LDL, CHOLESTEROL LDL	50
TRIGLYCERIDES	60
TSHu. TSH ultrasensible. THYREOSTIMULINE	250
PSA. ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE	300
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
Total du (B)	B 1620
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	1 300,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: MILLE TROIS CENT DIRHAMS

CH
Laboratoire Arribat Cente
App. 12, Imm. 24 Av. Omar
Ibn Al Khattab Agdal - Rabat
Tél: 05 37 68 68 09

ENSEMBLE
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعاً
مع الطفل السكري

Laboratoire Arribat Centre
Appt. 12, Imm. 24, Av. Omar
Ibn Al Khattab, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 68 68 09

ORDONNANCE

Rabat : le : 23/03/2021

MEZIANI R. file

- 1) NFS + Vg
- 2) VS
- 3) urée - creat - uricémie - GAT
- 4) Transaminases
- 5) HbA1c
- 6) Cholestérol HDL - LDL - TG
- 7) TSH us
- 8) Dosage de PSA
- 9) Dosage de vitamine d

Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Khattab, CYM, Rabat
Tél: 0537 795 096

MEZIANI R.
Pediatre
Maison du Jeune Diabétique
6 Rue Ibn Al Khattab, CYM, Rabat