

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHADII Abdellah

Date de naissance :

15.07.1967

Adresse :

56, Hay Messaoudia 12180 CASAB

Tél. : 0661976311 Total des frais engagés : 1885,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/07/2021



feuille de soins par personne et  
ne.

de soins doit être accompagnée de  
pièces justificatives originales  
ces médicales, factures, résultats  
ns de radiologie et/ou de laboratoire).

Le prénom de la personne soignée  
e portés par les praticiens eux mêmes  
e feuille de soins.

ectus et les PPM concernant les  
ents achetés doivent être joints aux  
ces transmises.

Le de soins ainsi que les pièces  
ves doivent être présentées à votre  
dans les deux mois qui suivent le  
cte médical, sauf s'il y a traitement  
ontinu. Dans ce dernier cas, le dossier  
présenté dans les soixante (60) jours  
ent la fin du traitement.

oursement des frais engagés sera  
sur la base de la tarification nationale  
nce.

ues liés aux accidents du travail et  
professionnelles ne sont pas couverts.

rsone coupable de fraude ou de fausse  
ion pour obtenir des prestations qui  
par dues, est passible des sanctions  
et réglementaires.

ition de remboursement prise par la  
s est subordonnée au respect des  
ns réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل  
حدث.

يجب ارفاق 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 ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى  
التعاضدية التي تنتهي إليها في  
ظروف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما  
عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،  
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً)  
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 غش أو تصريح 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 سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية



Identification de l'agent :

Tarihy el-Idāh : 16/07/2021

Date de dépôt du dossier :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الإنحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

El Yattine Houda

343334

432824379

BH317481

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

## Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : El Yattine Houda

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe \* :

M ذكر

F أنثى

## Identification du médecin traitant

N° INP :

Type de soins :

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis \*

Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Belghmi Rachid

Hospitalisation\*

استشفاء \*

Date prévue d'accouchement :

Général

Accident \*

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 : CASA  | le : 16/07/2021 |
| توقيع المؤمن له (ها)   |                 |
| Signature de l'assuré (e)  |                 |

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.Fait à : CASA  
le : 16/07/2021توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المنشئ المسئولة  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins.

Dr. BELGHMI Rachid

\* أشطب الخطأ  
يمنع منعطفاً على الماء

CIM - 10

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزمعة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| التاريخ التسلف<br>Date d'exécution | الشن المطرد<br>Pfix facture | توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>des dispositifs médicaux                         |
|------------------------------------|-----------------------------|--|
| ١٦/٠٧/٢١                           | 1735,00<br>092021265        | PHARMACIE DOUAI<br>MENEBHI MOUSSA<br>AMALIA'S PHARMACY - TEL: 0522322444<br>ICP: 00152460250034<br>MENEBHI MOUSSA<br>AMALIA'S PHARMACY - TEL: 0522322444 |
|                                    |                             |  |
|                                    |                             |  |
|                                    |                             |  |

## Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدون عمليات

MME HOUDA ELYATIME  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452 CASABLANCA CITE DJEMAA

000068887142

Accusé de Réception

N° Réception : 68887142  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : ELYATIME HOUDA  
Immatriculation : 43824379 / 040189599  
Nom et Prénom Bénéficiaire : ELYATIME HOUDA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 20/07/2021 11:23  
Lieu de réception : CASA AIN CHOCK  
Valeur du dossier : 1885,00  
Nombre de pièces : 3  
Code Agent : M4M0337

Code Etablissement :  
Etablissement :

[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](#)[PAYE](#)

ⓘ 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    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|----------|----------|----------|
| - 1           | -                 | 06/09/2021         | Virement      | -              | 1 885,00      | 1 166,70 | 494,30   | 1 661,00 |
| 68887142      | 20/07/2021        | Payé en : 48 jours |               | ELYATIME HOUDA | 1 885,00      | 1 166,70 | 494,30   | 1 661,00 |

Docteur Rachid BELGHMI  
Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
**ORDONNANCE**

16/07/2021

EL YAZEME Houda  
( 265,00 x 3 )  
1) - CRONOZONE 240 LP  
( 157,10 x 11 ) 18 ml  
2) - Devestin 10 mg | in 8mls  
( 296,50 x 2 ) 18 ml  
3) - Zindose 400 mg  
52,80 18 ml per 1000  
4) - Aulcer 20 mg  
119,10 18 ml  
5) - Prisonel pul. parac  
46,70 1 pul. per 1000  
6) - Zidovudine 200 mg  
18 ml per 1000

دكتور بلغمي رشيد  
Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

06 63 30 09 58 - سباتة - الدار البيضاء الهاتف: 98 رقم 29 - زنة

1735,00

