

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

Sons 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.

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.

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.

Nº P19-

059799

par
courrier

94470

Optique Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERDAI Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse :

81 Rue Larache APP18 C1SA

Téléphone : 0662163375

Total des frais engagés : 440,80

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complètement remboursé en 100%

Date de consultation :

BAKIRI Farida

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : 2021

Le : 27/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-059799

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BERDAI

Total des frais engagés : 440,80

Date de dépôt :

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 patients eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 un 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 وطابع التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢١/٠٨/٢١ تاريخ الإيداع :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل 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 المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية التي تتبعون 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 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 الغش أو تصریح 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.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة



Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : *BAKKALI Fadoua*
رقم الاخراط : *113 183*

رقم التسجيل : *552129 08 43*
رقم بطاقة التعريف الوطنية : *A169156*

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له* : *ابن*
العنوان :

81, rue Garache App 18
Bouayrig en cas ABCDA 20215

مبلغ المصاري (درهم) : *449000*
عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : *03*

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : *Bakkali Fadoua*
تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : *161011957*
الجنس* : *Masculin* ذكر *Féminin* أنثى

Identification du médecin traitant

* N° INP : *INPE 091169400*
نوع العلاجات :

قبول المرض المزمن : *oui*
رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن : *non*
تم تقديم الظرف المغلق :

نوع العلاجات :

تاریخ الاستشارة :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : *casablanca* Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
حرر بـ : *casablanca* في : *2008 08 21*

Fait à : *casablanca* توقيع المؤمن له (ها)
حرر بـ : *casablanca* في : *2008 08 21*

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصادرة
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

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

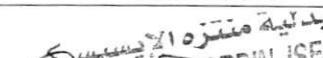
Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/08/21	140,80	  PHARMACIE JARDIN ISESCO Dr. Samira EL MOUSALAMI 13 Bis, Rue de Rome Rés. Nora Casablanca - Tel.: 022 29 75 45
	INP : 	
	INP : 	
	INP : 	

.....





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

REJET 1

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	-	26/11/2021	Virement	-	551,40	295,98	45,22	341,20
70139092	08/10/2021	Payé en : 49 jours		BAKKALI FADOUA	551,40	295,98	45,22	341,20
X - 1	-	22/11/2021	Virement	-	440,80	141,00	9,80	150,80
69953767	09/09/2021	Payé en : 74 jours		BAKKALI FADOUA	440,80	141,00	9,80	150,80



Dr Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle

Centre de cardiologie interventionnelle - Casablanca

grossesse et hypertension artérielle
hypertension artérielle

الدكتورة هند الفيلالي أديب
أخصائية في أمراض القلب والشرايين
أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين
جراحية كلية الطب بيروت

مختص القلب والсосудات - اختبارات المختبر
عادلة الشاهيل القلب

le : 26/08/2021

Mme. BAKKALI FADOUA

Ordonnance

41,80
AVLOCARDYL 40mg 1/4CP/J LE MATIN
99,10
RELAXIUM 375mg 1GEL/J LE SOIR

QSP 3 MOIS

140,80

PHARMACIE DE LA MEDINA ISSCO
El Jadida L. MOSALAMI
1225, Rue de Rome Rés. Nora
Casablanca. Tél. 052 99 75 45


Docteur Hind EL FILALI

10, Boulevard Mouloud Djeddaï - Résidence Mouloud Djeddaï - 8ème étage - Casablanca
Tél. 052 99 75 74 - Fax 052 99 75 76 - Urgences 06 36 13 69 07 - E-mail : info@filali.com - N° d'ordre 091169466
R.F. 151 03160 - T.P. 052 99 75 74 - T.C. 052 99 75 76