

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

Informations 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'accord préalable est exigé 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 :

Toutes 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.

Education :

L'accord préalable renseigné par le médecin prescripteur est exigé 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 0060276

105189

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8163

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHARFI ANDELPHANE

Date de naissance :

15.07.1967

Adresse :

56, NAY MEXXENDIA RAM CID

Tél. :

0661976344

Total des frais engagés : 1507,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 :

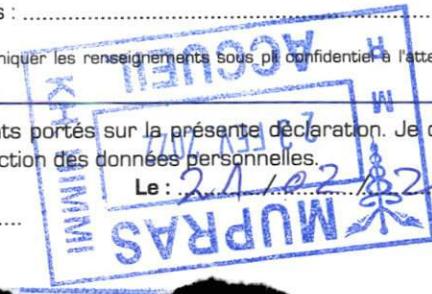
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) :



nement.

elle de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales nances médicales, factures, résultats umens de radiologie et/ou de laboratoire).

m et prénom de la personne soignée t être portés par les praticiens eux mêmes aque feuille de soins.

respectus et les PPM concernant les taments achetés doivent être joints aux nances transmises.

euille de soins ainsi que les pièces catives doivent être présentées à votre elle dans les deux mois qui suivent le ier age médical, sauf s'il y a traitement cal continu. Dans ce dernier cas, le dossier tre présenté dans les soixante (60) jours uivant la fin du traitement.

emboursement des frais engagés sera ué sur la base de la tarification nationale ference.

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

personne coupable de fraude ou de fausse ration pour obtenir des prestations qui nt pas dues, est passible des sanctions es et réglementaires.

igation de remboursement prise par la PS est subordonnée au respect des tions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغاضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 2022-01-21 تاريخ الإيداع :

Signature de l'assuré (e)

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

UNOPS

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي :

رقم الإنخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Nom et prénom : *Elyat, ٣١٥ Phawda*

N° Affiliation :

343334

432824379

BH317481

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : *56 Hay messaoudia R18 C1D*

Casa

15.07.87

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Déclaration du médden traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

091049023

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : Casa

le : 05012022

في : 05012022

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci dessus sincères et véritables.

Fait à : Casa

le : 05012022

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant et de l'Etablissement de soins

أسطب الخانة Dr. BELGHMI Rachid
Médical Général
يمنع منعاً كلياً بيع هذا النموذج

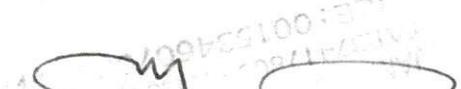
description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفدي Date d'exécution	الشمن المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
5 01 22	1357,80 092021765	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

يات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

بيان المساعدين الطبيين

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



DF2112487

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

N° de Dossier :

72112487

Date et heure : 21/01/2022 14:56

Nom et prénom Assuré :

ELYATIME HOUDA

Immatriculation :

43824379 / 040189599

/ 01

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ELYATIME HOUDA

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA AIN CHOCK

Valeur en Dirhams :

1 507,80

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0337

Nom Etablissement :

CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOSTANCE SOCIALE

Département de l'Assurance sociale Département

ASSURANCES ASSURANCES DES SONS EXPLOITERS

PRODUCEURS DE SONS EXPLOITERS

ASSURANCES EXPLOITERS

EXPLOITERS

ASSURANCES ASSURANCES DES SONS EXPLOITERS

CNOPS

Bénéficiaire

Aide

Accès | Prévention | Emplois | Membres | Logements | Mutualités | Liens utiles | Contact | Accès

Ce plug-in n'est pas compatible.



Accueil | Application | essayer app



Information PAGE



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 compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossier de maladie).
 Ici vous trouverez les dossiers payés des derniers 6 mois soit affichés.

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossiers)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	21/02/2022	-	Virement	1 507,80	616,92	258,68	875,60	

72112487

21/01/2022

Payé en : 31 jours

ELVATIME HODA

1 507,80

616,92

258,68

875,60

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية
= Elysium Wanda **ORDONNANCE** Re 5.07.22

(55,00 x 2) Dc Larix 1g.
 (65,10 x 2) apres repas, 14g
 (65,120 x 2)

(2) Zec / au sommeil
 (48,50 x 2) apres repas, 17g
 (48,50 x 4)

(3) T. Thérèse 500
 (82,10 x 4) ICP x 2 1/2 apres repas 14g

(4) Inex 20
 ICP naturel de la veille avant repas 14g
 27,00

(5) Rivier 50mg
 (157,100 x 2) le soir au coucher

(6) Deckeshin 10mg x 2 BTK
 ICP / 3 le soir

*Dr BELGHMI Rechid
 Membre du Comité
 Général*

جميلة 4 زنقة 98 ر 29 - سهابة - الدار البيضاء الهاتف: 06 63 30 09 58

1357.80

