

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

## Récommandations 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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



# COMPLEMENT Déclaration de Maladie

Nº M21- 063921

108 266

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed

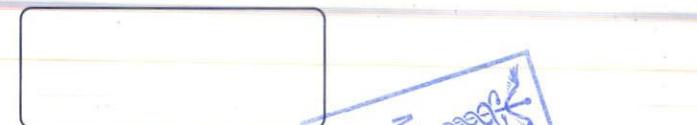
Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Ben Yakkouch Maliki, rue de la caserne CASA

Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 635,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

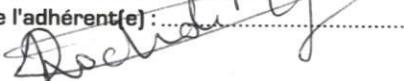
Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 11/13/2022



## Instructions à suivre

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 CNOAPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأنوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمه الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع و طابع التغاضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BASSIR JAMILA

182166

N° Affiliation : 932602296

B 584734

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  اخوات

Enfant

Adresse : ANGLE RUE DE ROME RUE AL KHATTABI WALILI 7 Apt 8 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 635,00

Nombre de pièces jointes : 2

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Mme BASSIR JAMILA

04991962

Date de naissance :

B 1584734

N° CIN :

Sexe\* :  ذكر  أنثى

### Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie \*

Maternité \*

Hospitalisation\*

Accident \*

مرض \*  CASA

أمومة \*  استشفاء \*

حادث \*  حادث \*

Pif confidentiel remis :  Oui  Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA حرب بـ : CHAKA

le : 10/10/2021 في : 08/08/2021

تحفظ 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 : CASABLANCA حرب بـ : CHAKA

le : 08/08/2021 في : 10/10/2021

تحفظ المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

DERMATO VENERELOGUE 122, Avenue 2 Mars

Angle Bd. Moulay Idriss 1er 5600 86 17 03

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

## عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

وصف العمليات المجرأة

### **description des actes effectués**

**برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموفة**

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes Paramédicau

الطباطبائين المساعدين عمليات

**Docteur Malika AJBABDI**  
**DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE**  
**Spécialiste des Maladies de Peau**  
**des Ongles du Cuir Chevelu**  
**Maladies Sexuellement Transmissibles**  
**Cosmétologie**

الدكتورة مليكة أجبابدي  
 اختصاصية في الأمراض الجلدية  
 الجلد والأظافر  
 الشعر والأمراض التناسلية  
 الطب التجميلي

D  
V

Casablanca, le : ..... 8 ..... 3 ..... 12 .....



BASSIR Jana

LOCERYL 5%  
 Vernis à ongles médicamenteux  
 Flacon de 2,5 ml  
 AMM N° 07 DMP/NCN  
 PPV: 321,00 DH  
 Distribué par SOTHEMA  
 B.P. N° 1,27182 Bouskoura-Maroc  
 6 118001 070381

LOT :  
 PER :  
 PPV :

Loceryl solution filogéel

380 P

2P/par ongle

- canesten extra

64 P

dag / 610 g été en vente  
 ongls .

380 P

Vitrix crème

2P/5 flacons de 15 g  
 blancs

flacon de 15 g

Dr. Malika AJBABDI  
 DERMATO-VENEREOLOGUE  
 122, Avenue 2 Mars  
 Angle Bd. Moulay Idriss 1er  
 Casablanca  
 Tel. 0522 86 17 03

Canesten® Extra  
 15 g de crème

122، إقامة نصر الله - شارع 2 مارس - مدينة مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء أنفا - الهاتف : 05 22 86 17 03  
 122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup> 2<sup>eme</sup> étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03

84.4  
EJL



Date d'édition : 10/03/2022 11:45:35

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

73063130

Date et heure : 10/03/2022 11:45

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296

/ 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams :

635,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE188

Nom Etablissement :