

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-545095

110010.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07703 Société : IRAM Rithmam

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAVARI ABDOURAHMAN

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : 100, 250 EL AADID La Sd

Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEKKAÏ RAJAE 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : complément de classif

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 : 31/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : El HAVARI

Le : 31/03/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Instructions à suivre

Établir 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 التماضية
Identification de l'agent : _____		
Date de dépôt du dossier : _____		
Tout ce qui suit est à l'ordre de _____		
Signature : _____		

تعميلات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، تناول فموص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعميلات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاشتراكية إلى التماضدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه المائة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التغطية الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حواجز الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاتب طبقا للمساطر القانونية.

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

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم : Ref ANAM 1.101.01

نوع العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

N° Dossier : _____

خاص بالمؤمن له (ها) _____

الإسم العائلي والشخصي : _____

رقم الانخراط : 26.671.1

رقم التسجيل : 93268

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 352279448

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

العنوان : 1. فاعـة الـحـيل طـرقـ الـعـدـوة رقم صـنـا

Montant des frais (Dhs) : 14529,20 د.ت

Nombre de pièces jointes : 3 pieces

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : _____

نوع الأزدياد : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____

الجنس : اتنى / ذكر

SEKKAT Raja

30081963

6352279

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للمعارض : 0911035

نوع العلاجات : _____

تم تقديم الظرف المغلق : _____

تاريخ العمل : _____

ال تاريخ المذكور للولادة : _____

تاريخ الاستشارة : _____

تاريخ الحادث : _____

أسباب الحادث : _____

اصدر بحصانة و صحة المعلومات المذكورة أدناه

Je déclare la présente imprimé à l'adresse suivante et vérifiable

Fait à : _____ le : 27/10/2021

توقيع المؤمن له (ها) _____

Signature de l'assuré (e) _____

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

اضطب العات : _____

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

صف العملات المحرّاة

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التحفيزات الطبية المعموقة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المكتوب Date d'exécution	الشلن المفatur Prix facturé	توقيع و خاتمة المموي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cache du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/10/2021	999,80 INPE 192042753	Pharmacie M Hinda A KHM Docteur en Pharmacie 400 Route d'El Jadida CASABLANCA Tél: 022.33.33.77 Fac 022.33.23.77
20-12-2021	14000,-	OPTIQUE GHITA Opticien Optométriste Takam 1, Bd. Ibn Tachfine N° 452 - Casablanca MOUSSAQUI Abdssamad INPE:095012357

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

مكالات المساعدون الطبيون

Actes Paramédicaux

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

Casablanca, le mercredi 27 octobre 2021

Madame Rajae SEKKAT

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : (6° -0.50) -0.25, Addition +2.50

Œil gauche : (165° -1.00) +0.50, Addition +2.50

~~OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Takam 1, Bd. Ibn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05.22.22.22.18
M. 07.22.22.22.18~~

96, Bd d'Anfa N°31 Casablanca - Tél.: 05.22.22.22.18

Docteur Nacer TAZI
Ophtalmologiste



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

RIMAPHARM
PVC
65,00 D
10 ml
2023-07
LOT 271
6,0-10/1911
117 665/12017/000
swiss evise
Abdelouahab
n 165 - 173
W. Gruhl
0483

Casablanca, le mercredi 27 octobre 2021

Madame SEKKAT Ra

Dans les 2 yeux :
65,00
OXYAL

1 GOUTTE, 4 fois par jour à la demande et en cas de g

2x89,10
INEXIUM
1 gel par jour

7,999,0

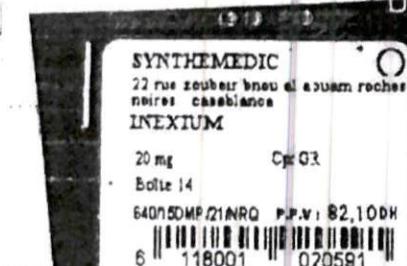
Pharmacie WIMOSA
Hind LAKH
Docteur Nacer
400 - Route
Tél: 022 555 00 00

S.V



AstraZeneca AB G
SE-151 85 Söder

في مكان بعيد عن
الاطفال وعن مرأة
الإفراط في تناول النشرة
شأن المحفظ
يتجاوز الموارد
وتحت
في



96, Bd d'Anfa N°3

05.22.22.22.18

1

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1
N°454 - EL Hay Mohammedi - casab
Tél : 06 69 00 97 58
05 22 60 34 93
Patente : 32825428

**نظارات غيثة**

اخصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

الرقم 454 - الحسي الحمدي

06 69 00 97 85

الهاتف 05 22 60 34 39

32825428

الاتصال

MOUSSAOUI Abdssamad

INPE:095012357

02315

Ordonnance de M.le Docteur : *Nacer JAZI*

N° DE nomenclature	
Correspondant à la prescription	
O.D: <i>4,25/-0,00/-6,50/-</i> LOIN O.G: <i>+0,50/-0,00/-16,50/-</i>	PRES
O.D: <i>ADD</i> O.G: <i>2,50/-0D/-</i>	

FOURNITURE

Monture: *Alfatayi ophtique* 1300- 1300-

Verres: *progressif dynamique* 1750,- 2700-
anti-brouillard

Etuis:

Total: 4000,-

Quatre mille dh

Arretée la présente facture à la somme de

Casablanca, le: 20-12-2021

M. ou Mme: *Rajat SEMIAT*

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1 Bd Ibn Tachfine
N° 454 Casablanca
05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

ICE: 001789511000067- IF: 40151582 - RG: 37 20 42 CNSS: 173923031

Royaume du Maroc



Date d'édition : 22/12/2021 11:51:28

MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 71541954 Date et heure : 22/12/2021 11:59

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams : 4 529,20 Nombre de pièces : 6

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE188

Nom Etablissement :