

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.

N° W19-545093

110009

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 04703		Société : RMM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Réhabilit.
Nom & Prénom : EL HOUA QI ABDELLAH			
Date de naissance : 01/01/1985			
Adresse : 2400, AV. EL JADIDA CASABLANCA			
Tél. : 0654183047		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Sébastien Rajotte Age : 31			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : conjoint et deux p			
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) : Ech

Le : 31/03/2023

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

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et timbre de la mutuelle	
Signature et timbre de l'agent	
Date de dépôt du dossier : Téléphone : Téléfax :	

Instructions à suivre

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut présenter la feuille de soins avec 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau : N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : SEKKAT RAJAE

رقم الانخراط : 266711

رقم التسجيل : 93268

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 352279444448

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 1 خالدة المحبيل طرق الحسين رقم صنها : 111 111 111

Montant des frais (Dhs) : 1529,20 Dhs

Nombre de pièces jointes : 3 pieces

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : SEKKAT Rajae

الرقم الوطني الاستدلالي للعمران : 30081963

الرقم الوطني الاستدلالي للعمران : 6352279

Date de naissance :

الجنس : M ذكر F امرأة

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation *

استشفاء *

Accident *

حادث *

أشد بحث كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à le 27/10/2021

محل توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : SEKKAT Rajae

الرقم الوطني الاستدلالي للعمران : 30081963

الرقم الوطني الاستدلالي للعمران : 6352279

الجنس : M ذكر F امرأة

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للعمران : 09326835

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق : Non

تاريخ الحمل :

التاريخ المزبور للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare la(s) information(s) ci-dessus sincères et véritables.

Fait à le 27/10/2021

محل توقيع الطبيب المعالج ملخص المرضية

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

أشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

IM : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

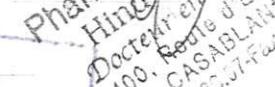
description des actes effectués

صف العطبات المحرأة

CBM - 10

غير الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات العلمية المموجة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المقصورة Date d'exécution	الثمن المقصورة Prix facturé	توقيع و خاتم الممدوح أو ممدون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/11/2021	229,00	 Pharmacie HIND J. EL JADIDA Docteur en Pharmacie 400, Route J. El Jadida CASABLANCA Tel: 022.53.53.57 Fax: 322.33.24.75
20.12.2021	14000,-	 OPTIQUE GHITA Opticien Optométriste Takam 1, Bd. Ibn Tachfine N° 452 - Casablanca Tel: 022.40.35.65.54.06.40.97.85

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملات المساعدن الطبيين



284.4
@EJL

5.0.2.0

Date d'édition : 22/12/2021 11:51:28

MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier :

71541954

Date et heure : 22/12/2021 11:50

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 :

Accusé de Réception



AN

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

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

الرقم 454 - الحسي المحمدى

06 69 00 97 85

الهاتف 05 22 60 34 39

32825428

الساند

MOUSSAOUI Abdssamad
INPE:095012357

02315

Ordonnance de M.le Docteur : Nacer Tazi

N° DE nomenclature :

Correspondant à la prescription :

LOIN	O.D : <i>-2,25 -2,00 -6,00</i>	PRES	O.D : <i>ADD</i>
	O.G : <i>+0,50 (-1,00 -1,65)</i>		O.G : <i>2,50 OD</i>

FOURNITURE

Monture : *Metalic - eph -* 1300 - 1300 -

Verres : *Progressif - myopie -* 1750 - 2700 -
anti - larmes - bl -

Etuis :

Total : 4000,-

Quatre mille dh

Arretée la présente facture à la somme de

Csablanca, le 20-12-2021

M. ou Mme : *Rajad SEKHAT*

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1 - Bd Ibn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

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

