

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.

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05098

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUDI Ahmed

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : Sty 1c Al Azhar 1 m 3 Ap 1971 8/2
Casablanca

Tél. : 06 57 42 48 24 Total des frais engagés : 336,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Soi-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

Le : 04/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

٥٦٦٢ ~ ~

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	توقيع و طابع التغاضدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.

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 بالأدوية المشتراء وأوثيقتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تتدلون إليها في طرف 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 الملاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفه على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصويب 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



N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

FETOUAKI Zoulikha

814 31

N° Affiliation :

932 288 047

N° Immatriculation :

R 47066

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : ... العناوين ...

Adress : ... شارع AL Aghrouz ...

Sidi Benhmed Casablanca

336 90

Montant des frais (Dhs) :

(0)

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

FETOUAKI Zoulikha

Date de naissance :

22-02-56

N° CIN :

R 47068

Sexe :

M ذكر F أنثى K

Identification du médecin traitant

N° INP

081193476

Type de soins

Maladie

مرض *

Pli confidentiel remis : Oui Non

Maternité

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation

استشفاء *

Date d'accouchement :

Accident

حادث *

Date d'accident :

Causes

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements fournis ci-dessous avant.

Fait à : Casablanca le : 02/02/2022

Télé : 02 20 20 20 20

Signature de l'assuré (e) :

Signature de l'assuré (e) :

INP Identification Nationale du Patient

Cochez la mention utile pour chaque case

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

ن° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الاتخاط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

العنوان :

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المفلق :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتفق للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Maladie	مرض *	Pli confidentiel remis : Oui Non
Maternité	أمومة *	Date de grossesse :
Hospitalisation	استشفاء *	Date d'accouchement :
Accident	حادث *	Date d'accident :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.		
Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : Casablanca le : 02/02/2022	Télé : 02 20 20 20 20	Signature de l'assuré (e) :
Signature de l'assuré (e) :		
INP Identification Nationale du Patient		
Cochez la mention utile pour chaque case		

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .	Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca le : 02/02/2022	Télé : 02 20 20 20 20
Signature de l'assuré (e) :	
Signature de l'assuré (e) :	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins	
Casablanca	
Signature de l'assuré (e) :	
Signature de l'assuré (e) :	
INP Identification Nationale du Patient	
Cochez la mention utile pour chaque case	

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

الدكتورة جهاد ا
الطب العلم

Dr. EL AMOURI J. 1
Médecine Générale

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المتفق Date d'exécution	ال豢ن المفoter Prix facturé	توقيع و طابع الصيادي أو صون المجهزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27-01-2022	936.90	 Pharmacie Al Hay El Jadid MAHMOUDI HASSAN DROGUERIE PHARMACIE 165 Khidoun N°88 - Z.A. TUNIS - 1000 TUNISIA TEL: 09 30 13 06 22

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

السوق - زايو - elamouri.ji

شارع مدرید رقم العمار
الهاتف: 481281

93°
1]. Socav, Ag, S
15 ft x 21

$$45.20 \times \frac{2}{21} = \text{My cost per 1 m}$$

39.^o 3) - Mef Sal 15 mg/1cc / jn pdt

1450 4) - Andal 1000m
22692

10 comprimés sécables

Royaume du Maroc

5.0.1.0



Date d'édition : 02/02/2022 11:10:32

MME FETOUAKI ZOULIKHA
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI
CASABLANCA
CASABLANCA SIDI BERNOUSSI
20600

N° de Dossier : 72323586 Date et heure : 02/02/2022 11:10

Nom et prénom Assuré : FETOUAKI ZOULIKHA

Immatriculation : 93288047 / 090035932

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: FETOUAKI ZOULIKHA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90146

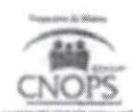
Valeur en Dirhams : 336,90 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :

Accusé de Réception





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).



FETOUAKI ZOULIKHA

Droit Ouvrit

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI CASABLANCA SIDI BERNOUSSI (20600)

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

Mes ayants droits

Information

PAYER

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
- 2		16/03/2022	Virement		764,30	300,41	45,41	345,82
	72323586	02/02/2022	Payé en : 42 jours	FETOUAKI ZOULIKHA	336,90	154,37	23,66	178,03
	72323548	02/02/2022	Payé en : 42 jours	FETOUAKI ZOULIKHA	427,40	146,04	21,75	162,79
■ 1		18/11/2021	Virement		2 762,00	1 388,11	335,91	1 724,02
■ 2		06/09/2021	Virement		941,00	101,10	14,48	115,58
■ 1		01/02/2021	Virement		387,70	265,39	49,03	314,42