

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

ditions 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com
rise 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 - Tel. : 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 : 1558 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Veuve

Nom & Prénom : HA DR. Ziadat

Date de naissance : 17/9/1945

Adresse : 58 Nakhalat Akli Res. Da Nakhl
Bou Regue Casab

Tél. : 06 63 37 63 80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : case

Le : 18/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : Abdelhak



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 في طابع التماضية
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : Tariq al-eid :		



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 :

حصن بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم الاتخراط :

رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BEN HACHEM EL HALEOUNI : Radiat
N° Affiliation : 1110781
N° Immatriculation : 441976082
N° CIN : B1 1318040

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

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة العنوان :
Adressse : 53, Nokkoud Akili Res. Sou Nokkoud 4

Banque : Casablanca
Montant des frais (Dhs) : 1364.00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 7

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F امرأة

Identification du médecin traitant

N° INP

133100688

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : Casablanca

le : 15/10/2016

في : 15/10/2016

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : Casablanca

le : 20/10/2016

في : 20/10/2016

توقيع الطبيب المعاين أو المعاينة

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

INP : Identification Nationale du patient

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

الخانة
الملحوظ
Tel: 0524144144

description des actes effectiés

وصف العمليات المجرات

حدد الوصفات التي تم تنفيذها و التحفيزات الطيبة الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes Paramédicaux



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)

Information ENREGISTRE 1 EN COURS DE TRAITEMENT 2 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
1		28/12/2021	Virement		901,70	341,76	75,04	416,80
2		11/11/2021	Virement		1 018,00	834,00	50,00	884,00
1		15/07/2021	Virement		2 374,30	1 480,70	240,00	1 720,70
1		15/04/2021	Virement		2 041,00	1 404,80	405,20	1 810,00
1		05/03/2021	Virement		1 239,20	795,20	180,00	975,20
1		08/02/2021	Virement		629,80	488,80	50,00	538,80
1		09/11/2020	Virement		1 665,00	1 216,80	304,20	1 521,00
1		09/10/2020	Virement		843,90	595,80	50,00	645,80
1		17/09/2020	Virement		375,80	131,41	44,89	176,30
1		04/09/2020	Virement		323,00	120,00	30,00	150,00
1		03/08/2020	Virement		790,80	595,80	50,00	645,80

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70 ، زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 47 14 72 / 05 22 47 33 45

الدار البيضاء ، في 28/05/21 Casablanca , le

M'HADRI ADRA

Guccione SV Baker

41.00 X 4

164,00

PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme DAOUDI
100, Bd Med El Meknassi Bourgogne
Casablanca - Tel. 05 22 27 22 31

Dr. Abdellah Boudjafa
Ophtalmologiste
70, Rue Amal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tel.: 05 24 47 33 45 / 05 22 47 14 72

MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
 NO 58 RUE MOKALAD AKILI
 RES.DAR NAKHIL3, AP5 BOU
 CASABLANCA
 20050 CASABLANCA EL HANK

000068005709

Accusé de Réception

N° Réception : 68005709
 (N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
 Immatriculation : 44076025 / 040132545
 Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
 Rang Bénéficiaire : 01

 Type dossier : FEUILLE DE SOINS
 Date et heure : 1/06/2021 9:48
 Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
 Valeur du dossier : 1364,00
 Nombre de pièces : 7
 Code Agent : M4M0535

 Code Etablissement :
 Etablissement :

MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
 NO 58 RUE MOKALAD AKILI
 RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
 CASABLANCA
 20050 CASABLANCA EL HANK

000068005709

Accusé de Réception

N° Reception : 68005709

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
 Immatriculation : 44076025 / 040132545
 Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
 Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
 Date et heure : 1/06/2021 9:48
 Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
 Valeur du dossier : 1364,00
 Nombre de pièces : 7
 Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :
 Etablissement :

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70. زنقة علال بن عبد الله - المطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 74 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 28/07/94 الدار البيضاء، في

Honoraires

Reçu de Mr

HADRI AOURA

La somme de

1000, 00

Pour

A secours du feu 316 pour
Caprolithum de Catalal secundan
et gueuche -

Médicament autorisé
N° : 3400933194819



Code CIP 13
3400933194819
6 118001 100958
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

Cacher - signature

Dr. ABDELHAK BOUCHTA
Ophthalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

6 118001 100958
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Médicament autorisé
N° : 3400933194819

Code CIP 13
3400933194819
Barcode for the prescription.