

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° W21-713686

116591

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6272		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	2
Nom & Prénom : BOUFTIBA HASSAN		Date de naissance : 25/06/1959	
Adresse : Résidence LAMARQUE à Appart 15 étage Casablanca 20190		Tél. : 06 88 11 86 23	
Total des frais engagés : 675,10			Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

"COMPLEMENT"

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SOUKRATI HASSAN Age: 58 ans

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

Le : 25/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

description des actes effectués

مصرف العملات المحطة

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

ناریخ التنفيذ Date d'exécution	الcen المطلوب Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs de dispositifs médicaux
28/03/2022	475,00	PHARMACEUTILLA Voie d'Aménagement HH 47 N° H Hay Laymoune - Hay Hassanii Tel: 022.93.86.84 - Fax: 022.93.87.15 092071976

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات

06498265 27

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 ملابع التغطية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
تاريخ الإيداع :	

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 بالأدوية المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تتضمن 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وقبل ما سبق ذكره.

توقيع و ملابع التغطية

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

185 717

932 606 984

J 1983 16

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Hay Layoun, résidence Layoun A, appart. 4, étage 1, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 675, 1

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant**Bénéficiaire de soins**

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

944 M 164

J 1983 16

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر X F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie * مرض

Maternité * أمومة

Hospitalisation * استشفاء

Accident * حادث

Pli confidentiel remis :

Oui

Non

Tarih du travail : تاریخ العمل :

Tarihiye merkezde doğum : تاریخ الازدایاد :

Tarihde doğum : تاریخ الولادة :

Tarihde doğum : تاریخ الاستشفاء :

Tarihde hastalik : تاریخ الحادث :

Sebepler : أسباب الحادث :

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

Fait à : Casablanca حضر :

le : 28 03 2022 في :

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (ها)

تصريح الطبيب المعالج**المستفيد من العلاجات**

الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الفرق المغلق :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : Casablanca حضر :

le : 29 03 2022 في :

توقيع الطبيب المعالج او المؤسس الصيدلية

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

* انتسب الخاتمة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعدلاً كلباً بيع هذا المطبوع

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL
et en Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

28/3/2022
دار البيضاء، المغرب

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID: 647778
PPV: 141.20 DH
6 118001 141456

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement HH 47 N° H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 022.93.86.84 - Fax: 022.93.87.15

Sougrati Asma
141,20 x 2

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID: 645721
PPV: 141.20 DH
6 118001 141456

141,20 x 2

① - Zinnat 600 mg
CP + 200 mg

② - siemor (Rhum)

PPV: 22DH20
PER: 01/24
LOT: L398

22,20
③ - Codoliprane 19 CP
CP + SY

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040217

170,50
④ - Deltapocat 600 mg
400 mg

6 118001 380232

30, Bd. Oum Rbia - Lot. Firdaus CH 5 A RDC, Appt 1 Oulfa - CASABLANCA

LOT : SC025ED
PER : 11/2024
PPV : 170DH50

MME SOUGRATI ASMA
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
LAIMOUNE 01 APPT Q4

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000



Accusé de Réception



N° de Dossier :

73413650

Date et heure : 29/03/2022 08:41

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 090127263

/ 01

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SOUGRATI ASMA

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90158

Valeur en Dirhams :

675,10

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE398

Nom Etablissement :



Remboursements



N° dossier

73413650

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

SOUGRATI ASMA

Frais engagés

675.1 DH

Remboursé

144.09 DH