

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-706684

119668



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 6511 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre : Mme ITANIF AÏMAN EP. BÉZIUT

Nom & Prénom : Date de naissance : 13/12/1967

Adresse : Tél. : 06 73 56 44 87 Total des frais engagés : 4500

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BÉZIUT ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : complément

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 : CIANABURIN

Signature de l'adhérent(e) : M. H. HAKANI

Le : 17/06/2022

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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.(Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4 , rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتبعون إليها خلال الشهرين الموللين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الأخلاص بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم و رقم بطاقةتعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Tariх d'ouverture :
Tariх d'ouverture :

رقم الهاتف (اختياري): 067017900 8

خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BELLA Abdellah

151430

9312273514

B1 1830911

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 79 Res. ATTADATOUNE , Rue 2

apt 5 HAY OULFA Casablanca

4500,00

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BELLA ABDELKrim

0101119

B1 1830911

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

09172865

Type de soins

Maladie* مرض *

Maternité* امومة *

Hospitalisation* إقامة *

Accident* حادث *

Pli confidentiel remis* oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Fait à : casab

Le : 02/05/2022

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-avant.

حرر بـ : casab

في : 04/05/2022

أصرح بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

DR BENMOUSSA Khadidja

Ophtalmologiste - Homeopathie

Lot 10 - 11 sejour 10000 Casablanca

Melouta N 33 - Oulfa - Casablanca

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* :

تاریخ الحمل :

التاریخ المرتقب للولادة :

تاریخ الاستشارة :

تاریخ الحادث :

أسباب الحادث :

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في المربع المقابل

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة المنشآت التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP:

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

INP:

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie - Casablanca

Sur rendez-vous زيارة بالموعد

**جراحة وطب العيون****- الجلاة - الحول - المياه الزرقاء****- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة****- الليزر - تصوير الشبكية****الطب المثلي**

خريجة كلية الطب والصيدلة الدارالبيضاء

04 avril 2022
Casablanca, le :

Mr. BELLA ABDELKRIM**Monture + verres correcteurs progressifs****Photochromiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue**

VL : OD = - 1.25 (- 3.25 à 90°)
OG = - 1.25 (- 3.25 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.50

DR. BENMOUSSA Khadija**Ophthalmodiste - Homéopathe****Lot 10 - 11 Salouane Bd Oued****Melouia - Hay Oulfa - Casa****Tel: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36**

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam L. Belouf Tachfin
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Bno Tachfine Hkam 1
 N°454 - El Hay Mohammedi - Casa
 Tél : 06 69 00 97 85
 05 22 60 34 39
 Patente : 32825428
 MOUSSAOUI Abdssamad
 INPE : 095012357



0000450

صراف حي

اخصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1
 رقم 454 - الحي المحمدى
 الهاتف : 06 69 00 97 85
 05 22 60 34 39
 الباتننا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur : Berniou S.A KARADJA

N° DE nomenclature.....	
Correspondant à la prescription	
LOIN	O.D : <u>1,25 (-3,25 à 90°)</u> O.G : <u>1,25 (-3,25 à 90°)</u>
	PRES <u>add +2,50</u> O.D : O.G :

FOURNITURE

Monture : <u>Plastique</u>	<u>1200,00</u>
Verres : <u>Organique AR Progressif</u>	<u>3000,00</u>
Total :	<u>4200,00</u>

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste

Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine
 N° 452 - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39

Arrêtée la présente facture à la somme de 4200,00 mille deux cents

Casablanca, le 20/04/2012

M. ou Mme : BELLA Abdellatif

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

MR BELLA ABDELKrim
RES ATTADAMOUNE RUE 02 NR
79 EL OULFA
CASABLANCA
CASABLANCA HAY EL OULFA
20202

N° de Dossier :

74035532 Date et heure : 04/05/2022 10:25

Nom et prénom Assuré :

BELLA ABDELKrim

Immatriculation :

93227354 / 090016242

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BELLA ABDELKrim

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90158

Valeur en Dirhams :

4.500,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE398

Nom Etablissement :

Accusé de Réception



A
N
O

Accueil > Application > assure app