

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

187259

Déclaration de Maladie : N° P19-0002189

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Tahar Nader Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 128.807 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

ابن

زوج

Conjoint Enfant

العنوان :

10 RÉSIDENCE MAROCHE

CASABLANCA - MAROC

Montant des frais (Dhs) :

12000,00

Nombre de pièces jointes :

22

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

M ذكر أنثى

Identification du médecin traitant

091021287

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

48318050

Oui Non

N° INP

Type de soins

Admission ALD* :

N° dossier ALD* :

Code ALD :

تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non

Hospitalisation* استشفاء* Date d'hospitalisation :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à :

حرر ب :

في :

توكيل المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصر بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

حرر ب :

في :

توكيل الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Dr. BENBOUBKER KAZMAINE ABD

Médecine générale - Diabétologie

* اشطب الخاتمة

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 المتصروفة على أساس التعريف 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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

une feuille de soins par personne et événement.

feuille de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur la feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux renseignements transmis.

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre médecine 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 suivant la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera basé sur la base de la tarification nationale de référence.

risques liés aux accidents du travail et les professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de falsification pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions réglementaires.

igation de remboursement prise par la PS est subordonnée au respect des règlementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغاضدية

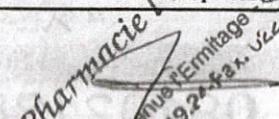
Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Signature de l'agent :

رد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

scription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التّنفیذ Date d'exécution	الثمن المفوّت Prix facturé	توقيع و طابع الصيادي أو ملءون التجهيزات الطّبّية Signature et Cachet du Pharmacien, ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/4/2022	594.80	 Pharmacie 48, Avenue l'Ermitage Le: 22.05.1924 Fax: 022.2222222

INP : | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدة: العلائق



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
74694057	09/06/2022	BENBOUBKER AMAL	1 224,80	862,16	64,84	927,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)



Dr. Benboubker Kazmane Adiba

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert Assermentée

Jamila 5 - Rue 145 N°110
Cité Djemaa - Casablanca

Tél : 05 22 37 16 61

الدكتورة بنبوبكر قزمان أديبة

الطب العام

الإيكوغرافي

خبيرة لدى المحاكم

جميلة 5 زينة 145 رقم 110

قرية الجماعة

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 16 61

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casablanca
Tél: 05 22 37 16 61
Fax: 05 22 37 16 62
Permis de Conduire

Casablanca, le ..28/04/2022

ن° BENBOUBKER ARAL

1) glucomètre 5.000 n° 6
20.80 X6. 1 p 1/2

2) Bandelettes pour mesure de la n° 5
glycémie.

5.000 X3. 3) zadruf long n° 3
1 p 1/2

4) XALATAN collyre n° 1
10.00 X2 1 goutte le soir

594.80

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casablanca
Tél: 05 22 37 16 61
Permis de Conduire

Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba
Médecine générale - Diabétologie
Permis de Conduire
Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casablanca
Tel: 05 22 37 16 61

MAROC DIABETE PLUS

94 Rue ABOU ASSALT AL ANDALOUSSI - MAARIF
 CP : 20100
 Casablanca Maroc
 Tél : 0522 23 76 76 / 23 75 24 / 98 44 65
 Email : marocdiabete@menara.ma



Facture N° : FA22/2495

DATE	CLIENT	PAGE
25/05/2022	04048	1 / 1

MR BENBOUBKER AMAL

Casablanca

Code	Désignation de l'article	Qté	P.U TTC	P.T TTC
GS570/25	B.L N° : BL22/2684 BANDELETTE BIONIME GS570 BTE 25	3.00	80,00	240,00
GS300/25	BANDELETTE BIONIME GS300 BTE 25	3.00	80,00	240,00

MAROC DIABETE PLUS
 94, Rue Abou Assalt Al Andalousi
 Casablanca Maroc
 Tél : 0522 23 76 76 / 23 75 24 / 98 44 65
 Email : marocdiabete@menara.ma

Net H.T	TAUX	T.V.A
400.00	20%	80.00
TOTAL		
400.00		80.00

Montant HT	400.00
Montant TVA	80.00
Montant TTC	480.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 QUATRE CENT QUATRE VINGT DIRHAMS.