

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0059847

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAM Fatima

Date de naissance : 01.01.58 Casablanca

Adresse : R. Samaa, angle Rue Ibnou KALAKIS, N° 130
Boulevard Bougazze Casablanca

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 587,80 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 : CASABLANCA Le : 15/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.


سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني لاضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 للضمان الإجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

 <p>الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان N° 1000 Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> * موافقة مسبقة * Entente préalable * </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> * تنفيذ * Exécution * </div> </div>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Ref. : 610-1-03 مرجع رقم</p>
N° Dossier :		0605904320
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : <u>K. S. A. R. Mohamed</u>		الإسم والعائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <u>1158161911218</u>		رقم التسجيل :
N° CIN : <u>899405</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : <u>R. Sana, angle Rue El-Ben Kallak, N° 130 Bd. Bougogre</u>		العنوان :
Montant des frais : <u>5.27.80</u> Dhs.		مبلغ التصاريح : <u>4987</u>
Nombre de pièces jointes : <u>1</u>		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		صريح الطبيب المعالج
Nom et prénom :		الإسم والعائلي والشخصي :
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس * :
INPE et code à barres **		رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **
Médecin traitant : <u>Dr. Bouhachem</u>		Etablissement de soins :
Type de soins :		نوع العلاجات :
Admission ALD * : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :		رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : <u>30.06.2022</u>		ب : <u>30.06.2022</u>
Le : <u>30.06.2022</u>		في : <u>30.06.2022</u>
Signature de l'assuré(e) :		Cachet et Signature du Médecin traitant de l'établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque ca

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que 10 codes à barres.

دار المؤمن - مكتبة الدكتور ب. الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3120

Formation : IESAR / 100 0160552
Reçu de M : _____
La somme de : Soixante de Dct : _____

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CPSY	
Total	60,-

le 20/06/22
Signature du
Régisseur et Cachet

وصف العمليات المجرأة
توقيع و طابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin
traitant

KLAMI MEJJATI Malak
Psychiatrist
ibni Rochd - Casablanca

INPE et code à Barres

CIM-10

[illegible]

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

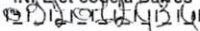

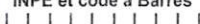
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ 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
30/06/22	527,80	
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	1.1
2	2.1
3	3.1
4	4.1
5	5.1
6	6.1
7	7.1
8	8.1
9	9.1
10	10.1
11	11.1
12	12.1
13	13.1
14	14.1
15	15.1
16	16.1
17	17.1
18	18.1
19	19.1
20	20.1
21	21.1
22	22.1
23	23.1
24	24.1
25	25.1
26	26.1
27	27.1
28	28.1
29	29.1
30	30.1
31	31.1
32	32.1
33	33.1
34	34.1
35	35.1
36	36.1
37	37.1
38	38.1
39	39.1
40	40.1
41	41.1
42	42.1
43	43.1
44	44.1
45	45.1
46	46.1
47	47.1
48	48.1
49	49.1
50	50.1
51	51.1
52	52.1
53	53.1
54	54.1
55	55.1
56	56.1
57	57.1
58	58.1
59	59.1
60	60.1
61	61.1
62	62.1
63	63.1
64	64.1
65	65.1
66	66.1
67	67.1
68	68.1
69	69.1
70	70.1
71	71.1
72	72.1
73	73.1
74	74.1
75	75.1
76	76.1
77	77.1
78	78.1
79	79.1
80	80.1
81	81.1
82	82.1
83	83.1
84	84.1
85	85.1
86	86.1
87	87.1
88	88.1
89	89.1
90	90.1
91	91.1
92	92.1
93	93.1
94	94.1
95	95.1
96	96.1
97	97.1
98	98.1
99	99.1
100	100.1

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220820105707528	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة	KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
	N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 08/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
090963432	16/06/2022	CS	MME ZAKI MONA	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
090963432	16/06/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	519,20	384,20	1,00	1,00	384,20	70	268,94
090963431	30/06/2022	CNP	HOPITAL IBN ROCHD	60,00	100,00	1,00	1,00	100,00	90	54,00
090963431	30/06/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	527,80	420,00	1,00	1,00	420,00	70	294,00
Total remboursé pour MOHAMED										721,94
Total général remboursé										721,94

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

ordonnance

Le 30/06/12

Nr. kasan Ned

67,60

1/

Teralithe 250 - j

2

02 - 0 - 01 + $\frac{1}{2}$

233545

239,00

2/

Lamictal 100 - j

2

1 - $\frac{1}{2}$ - 1

233546

57,30 x 2

3/

Nortien 100 - j

2

0 - 0 - 1

233547

29,50 x 2

4/

Tamsta 2,5 - j

2

0 - 0 - 1 + $\frac{1}{2}$

233548

23,80 x 2

5/

Largactil 100 - j

2

0 - 0 - 1 au
2 bend'n

527,80

44 de 15

Dr. ALAMI MEJ
Psychiatrie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

15/08/12
N. Yach

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Aïn sebaâ Casablanca
Terallithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH

6 118000 060895

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:239,00 DH
6 118001 140800

LOT : 21E005V
PER.: 09 2026
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30
6 118000 060482

LOT : 21E005V
PER.: 09 2026
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30
6 118000 060482

LOT : 21E006
PER.: 10 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

LOT : 21E006
PER.: 10 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

LOT : 21E007
PER.: 08 2024
Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100mg cp
pell b30
P.P.V : 23,80 DH
6 118000 012375

LOT : 21E007
PER.: 08 2024
Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100mg cp
pell b30
P.P.V : 23,80 DH
6 118000 012375

PROJET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade :

Service :

N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83