

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.

M22- 0014525

Optique

par courrier

Autres

No AM (140932)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *4549*

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom : *BERDANI Mohaied*

Date de naissance : *22/07/58*

Adresse : *81 Rue lamine app 18 casab*

Tél. : *0662163375*

Total des frais engagés :

13810

Dhs

Cadre réservé au Médecin

complément Remboursement CNOPS

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : *CHSA*

Le : *12/12/2021*

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

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، تناول قمح حخصوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 للاستفادة 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.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

02 JUIN 2022

توقيع و طابع التعاقدية

DELEGATION ADMINISTRATIVE
CASABLANCA

M.G.R.A.D.

0650012/550

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 :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

العنوان :

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie

مرض

Maternité

أهومة

Hospitalisation

استشفاء

Accident

حادث

061125025

Pli confidentiel remis à

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'admission :

Date d'accident :

Causes :

Commission provinciale

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق :

نوع العلاجات

تم تقديم الحمل :

التاريخ المزقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

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

Fait à : le : توارى :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : le : توارى :

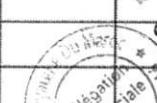
هـ قـع و طـابع الطـبـيـبـ الـعـالـجـ أوـ الـمـسـتـشـفـيـةـ الـصـحـيـةـ

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

description des actes effectués

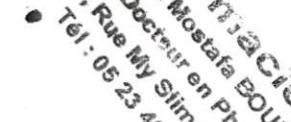
صف العملات المحا

نوع العملية Date des actes	رمز العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الم fakturé Montant facturé	توقيع و خاتم الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
				<i>Gratuit</i>	
					<i>DR. BESSET</i>
					<i>Commission médicale Provinciale Settat</i>
					

ANSWER

الوحدات الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

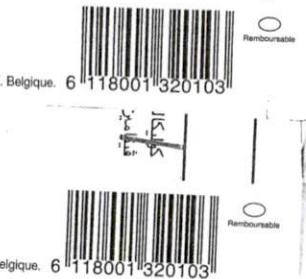
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و طابع الصيدلي او معمول التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
 Dr Mostafa BOUDLAL Docteur en Pharmacie 37, Rue My Slimane - Hay PAM Tel: 05 23 40 35 58 - Settat	838,60	14/04/2020

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies : dixième révision



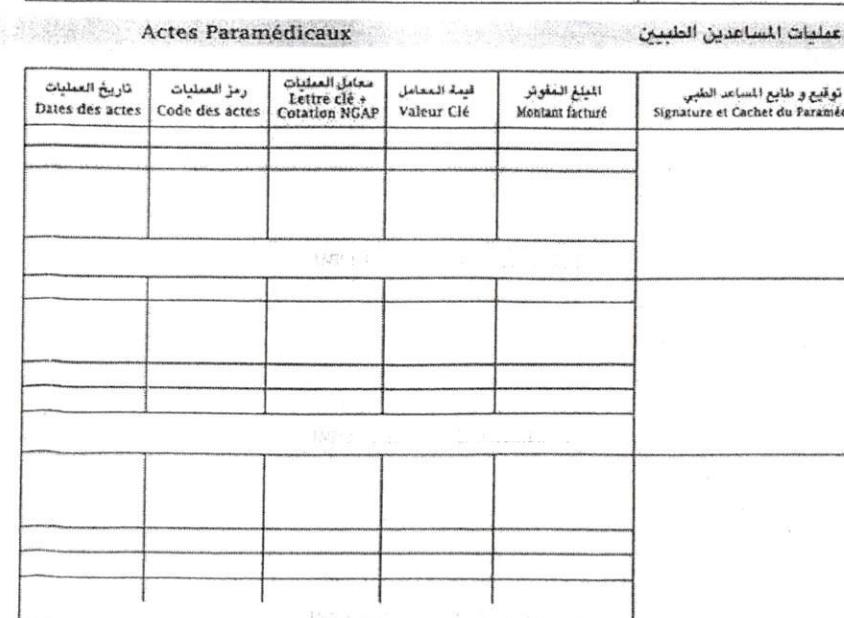
IE. Belgique. 6 118001 320103



E. Belgique. 6 118001 330102



6 118001 182213



Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
16 Comprimés

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
Direction Régionale
Casablanca- Settat
Délegation provinciale
Settat



المغربية
الصحة
المغربية الجهوية
الجهوية - سطات
الجهوية الإقليمية
سطات

CREEDER
Commission Médicale
Provinciale Settat

Ordonnance medicale

14/04/2022



79 ① AZIX Po RAK KALI
14,15 p 20 gms fadouf

51,70 ② Aenix Sug 14,15

14,00 ③ Delipone loes 14,21

69,80 ④ Ineo 40ug 14,15

222,00 D ⑤ Stinect 500 1 gel x 215 200gms

49,60 D ⑥ D cure forte 1 Amp / 15jms En de 2mls

~~838,60~~ Dr BERDAI FZ

Pharmacie PAM
El Mostafa BOUDLAL
Docteur en Pharmacie
37, Rue My Slimane - Hay PAM
Tel : 05 23 40 35 58 - Settat





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 4

REJET 1

PAYE

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
- 2	-	03/12/2022	Virement	-	1 237,10	428,98	75,62	504,60
76558364	29/09/2022	Payé en : 65 jours		BAKKALI FADOUA	399,00	189,30	20,84	210,14
76558449	29/09/2022	Payé en : 65 jours		BAKKALI FADOUA	838,10	239,68	54,78	294,46
1	-	31/10/2022	Virement	-	496,60	142,75	10,20	152,95