

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.

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



Pour COMPLÉMENT
Déclaration de Maladie

M22- N° 002764

146667

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahed
Date de naissance : 21.04.1951
Adresse : Résidence N° 1 Manar Imm. 2 Apt. 6
Av. Bie ANZARINE
Tél. : 0661238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DELAMINE KHAMITJ Age: 67

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 : EL JAMRA Le : 23/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Pour COMPLÉMENT

MME BELAMINE KHADIJA
RES L MANAR IMM P APT 6
AV BIR ANZARANE

**Accusé de Réception**

EL JADIDA PRINCIPAL
24000

N° de Dossier :

77854113

Date et heure : 07/12/2022 10:24

Nom et prénom Assuré :

BELAMINE KHADIJA

Immatriculation :

93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BELAMINE KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

EL JADIDA 90810

Valeur en Dirhams :

1.055,60

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE171

Nom Etablissement :

Dr. CHIBANE Sara
Cardiologue



الدكتورة شيبان سارة
أخصائية أمراض القلب و الشرايين

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Echocardiographie de l'université de Bordeaux-France
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Roché de Casablanca
- Ancien médecin interne du CH Louis Pasteur, Chartres-France

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم الفحص بالصدى للقلب من جامعة بوردو، فرنسا
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى لويس باستور شارتر بفرنسا

El Jadida le : 06/12/2020

Mme Belamine Kadija

208,00
x3



Calcium 515mg

1cply le matin 03 mai



27,72
x3

Cardiasspirine 100mg

1cply à midi 03 mai



97,90

Aspirin 200mg

1cp x 2ly pdt 06j.

Pharmacie Jahidi
Dr: Maria Jahidi
Angle Mahj Al Ri
Tél: 05 23 35

805,60

DR. CHIBANE SARA
Cardiologue

11, Bd Kassem Zhiri (ex Allal El Fassi), Résidence Noussair, 1^{er} étage, Appt n°5, hay Al Matar

(à côté café Le Marché, El Jadida)

Tél. : 0523802770 | e-mail : dr.sara.chibane@gmail.com

05 23 80 27 70

LOT 20205 2

EXP 01 - 24

PPV 97.90 DH

Otiken® 200 mg

Céfixime

Remboursable AMO

Boîte de 8 comprimés pelliculés



6 118000 022336

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

COVERAM® 5mg/5mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078

COVERAM® 5mg/5mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078

COVERAM® 5mg/5mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078



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

PAYE

NON PAYE 1

❗ 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
- 1	-	21/01/2023	Virement	-	1 055,60	651,57	111,72	763,29
77854113	07/12/2022	Payé en : 45 jours		BELAMINE KHADIJA	1 055,60	651,57	111,72	763,29
1	-	30/10/2022	Virement	-	1 437,10	925,64	198,20	1 123,84
1	-	01/08/2022	Virement	-	907,10	503,04	92,55	595,59
1	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها 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 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 طبقا للمساوير القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعاضدية	Cache et signature de la mutuelle
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier :</p> <p>تاريخ الإيداع :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

القامين الإجمالي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : **BERAMINE KHAJJIA**
 رقم الانخراط : **287143**
 رقم التسجيل : **805742**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **8428419**
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint زوج**
 العنوان : **RESIDENCE AL MANAN Imm. P Apt 6**
AV. BIR AN ZARANE EL JABDA
 مبلغ المصاريف (درهم) : **1055,60**
 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
 الإسم العائلي والشخصي : **BERAMINE KHAJJIA**
 تاريخ الازدياد : **190857**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **8428419**
 الجنس* : **M ذكر**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **111274281**
 Type de soins :

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis* :	Oui	Non
Maternité *	امومة *	Date de grossesse :		
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement :		
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation :		
		Date d'accident :		
		Causes :		

أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه.
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 Fait à : **EL JABDA**
 le : **06/12/2022**
 توقيع المؤمن له (لها)
 Signature de l'assuré(e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : **EL JABDA**
 le : **06/12/2022**
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
 * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

06/12/2022 12:36:40

ID: 06/12/22 03

BELOMINE

KHADIJA

FEMME 65 Année

FC/RR méd: 74 bpm/809 ms

PR: 150 ms

QRS: 84 ms

Axes: 57/-41/30°

QT/QTcH: 398/422 ms

QTcB: 442 ms

QTcF: 426 ms

Rv5-R/Sv1: 0.718/0.552 mV

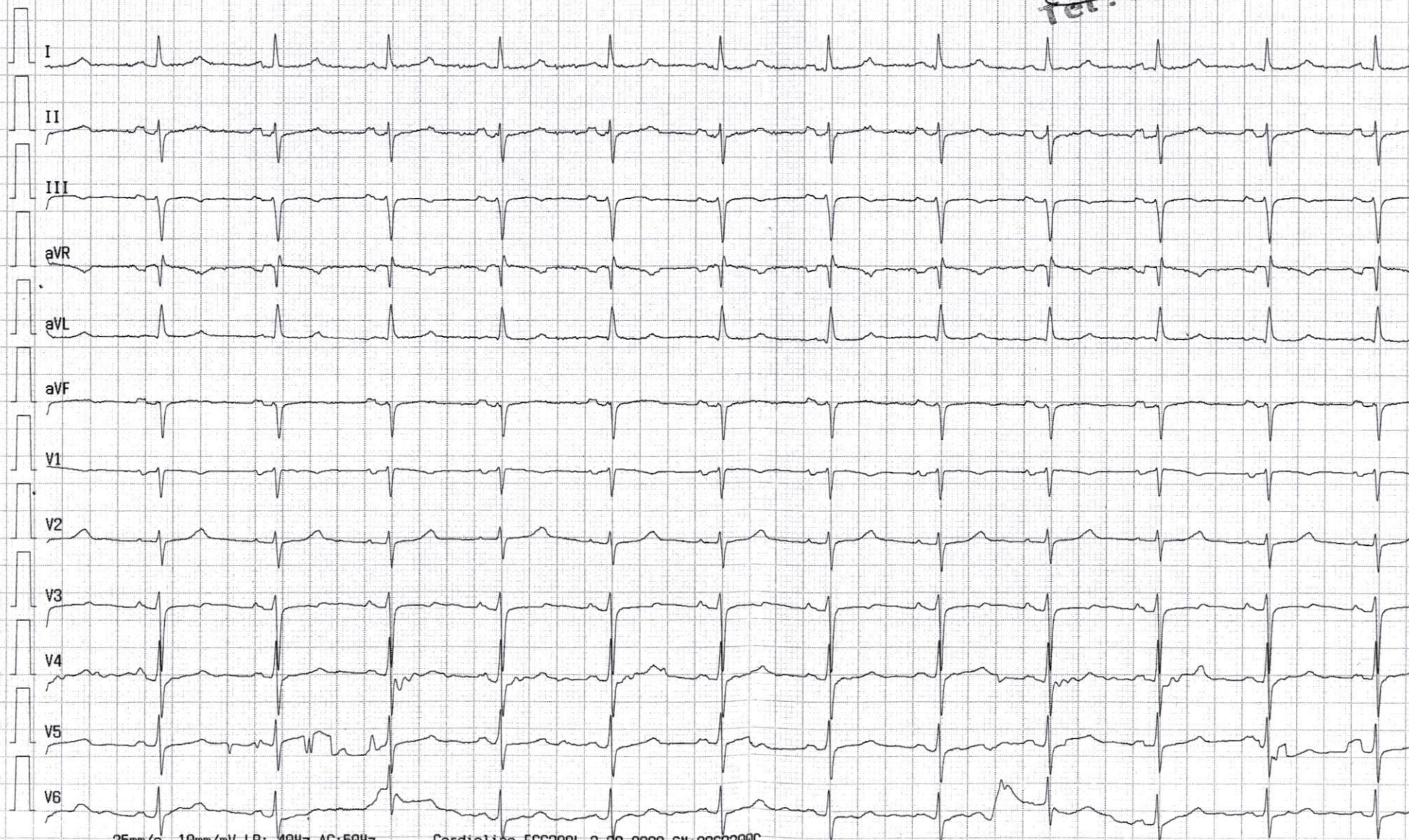
Sok-Lyon: 1.270 mV

Rythme sinusal

Bloc du faisceau antérieur gauche possible

ECG limite

D.R. CHIBANE SARA
Cardiologue
D. Kassem Thiri, Residente N° 1000000000
10^{ème} étage N° 5 Hayel Matari, Algérie
Tel: 0523802770



25mm/s 10mm/mV LP: 40Hz AC:50Hz

Cardioline ECG200L 2.20.9990 SN:0863200C