

# 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DIAMANE MOUSTAFA

Date de naissance :

1955

Adresse :

Lot el Othmanie n° 62 Sidi Maarouf

Case

Tél. : 06 66 18 09 44 Total des frais engagés : 796,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

EL HARRAMI NAJIMA Age : 1956

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : IMMIN

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 : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :





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 2

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
1	-	02/03/2023	Virement	-	500,00	120,00	5,00	125,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	796,40	198,00	13,20	211,20
1	-	30/10/2022	Virement	-	766,60	331,62	23,99	355,61
1	-	23/03/2022	Virement	-	5 098,60	2 268,76	437,61	2 706,37
1	-	01/03/2022	Virement	-	600,00	350,00	50,00	400,00

GSM : 06 66 18 09 44



ورقة الحالات المرضية بالمعرض  
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

Bordereau :

N° Dossier :

## Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

ن et prénom : EL HARRAMI NAJIMA الإسم العائلي والشخصي :

133395 رقم الانخراط :

Affiliation :

032405840 رقم التسجيل :

numatriculation :

L131396 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

resse : Lot EL OTHMANIA N° 62 Sidi MAROUF العنوان:

Casab

ntant des frais (Dhs) : 796,40 dh مبلغ المصاريف (درهم) :

nbre de pièces jointes : 01 عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

ticiaire de soins : المستفيد من العلاجات :

n et prénom : el Harrami NAJIMA الاسم العائلي والشخصي :

e de naissance : 07 03 1986 تاريخ الازدياد :

CIN : L131396 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

e : M ذكر F أنثى الجنس :

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

NP : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

o de soins نوع العلاجات

adie \*  مرض \* Pli confidentiel remis : Oui  Non \*ernité \*  أمومة \* Date de grossesse : \_\_\_\_\_pitalisation \*  استشفاء \* Date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_ident \*  حادث \* Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Causes : Date d'accident : \_\_\_\_\_

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه .

te sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casab حرب : \_\_\_\_\_

le : 21/11/2022 في : \_\_\_\_\_

توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casab حرب : \_\_\_\_\_

le : 21/11/2022 في : \_\_\_\_\_

توقيع و مطابقة الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتحفظات الطبية المقدمة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/10/88	٤٤٦,٣٧	 INP : 0920085560
		Pharmacie AL DUKERATHIN Dr. CHAIBI 100 Route de Sidi Maâmar 321240 Tél: 05 22 32 12 40 fax: 05 22 32 12 40 Sidi Maâmar, Casablanca Maroc



MME EL HARRAMI NAJIMA  
ETS TARIK IBNOU ZIAD 3.69

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Accusé de Réception



78124683

Date et heure : 21/12/2022 10:47

EL HARRAMI NAJIMA

93405840 / 090080407

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HARRAMI NAJIMA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90170

Valeur en Dirhams : 796,40 Nombre de pièces : 4

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE480

Nom Etablissement :

U1.<sup>ne</sup>  
17/12/23