

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° W21-711514

155/86

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI RHITA

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél : 0666 957545 Total des frais engagés : 214,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAIDI Hounin Age: 48

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Complément 67 de classe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

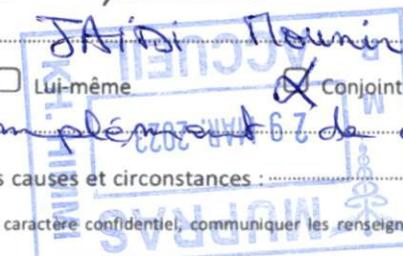
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 27/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



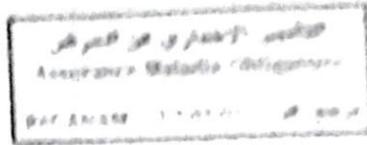
Adresses Mails utiles

- 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie



Bordereau :

N Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) شخص المؤمن له (أه)

nom et prénom : **JAIDI FOUW7** الاسم العائلي والشخصي
 Affiliation : **55222** رقم الإسطمط
 Immatriculation : **710604** رقم التسجيل
 CIN : **AB111927** رقم بطاقة التعريف الوطنية
 lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

statut : **Conjoint** ابن
 Adresse : **Résidence El Mansour, BD Ghardi** العنوان
Imb 46, Appt 4, 20210 Casablanca

montant des frais (Dhs) : **214,00** مبلغ المصاريف (درهم)
 nombre de pièces jointes : **1** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

nom et prénom du bénéficiaire : **Abdoulhakim** الاسم العائلي والشخصي
 Date de naissance : **22/05/75** تاريخ الميلاد
 CIN : **AB111927** رقم بطاقة التعريف الوطنية
 Sexe : **M** الجنس

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

INP : **098085126** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
 Type de soins : **098085126** نوع العلاجات

Maladie : **مريض** تم تقديم الظرف المغلق* Oui Non
 Date de grossesse : **.....** تاريخ الحمل
 Date prévue d'accouchement : **.....** التاريخ المتوقع للولادة
 Date d'hospitalisation : **.....** تاريخ الاستشفاء
 Date d'accident : **.....** تاريخ الحادث
 Causes : **.....** أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
 Fait à : **Casablanca** حرره
 le : **02/01/2013** تاريخه
 Signature de l'assuré(e) **[Signature]**

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : **Casablanca** حرره
 le : **02/01/2013** تاريخه
 Cachet et Signature du Médecin Généraliste **[Signature]**

Identification Nationale du Praticien التعريف الوطني للممارس
 Mentionner la mention utile pour chaque case يذكر الملاحظة المفيدة لكل خانة
 Toute réimpression de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات الجراحية

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAF	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفواتر Montant facturé	التوقيع Signature
02/1/2023		C	^	2000	<i>[Signature]</i>

PHARMACIE KHATIB
 Medecin Spécialiste
 Diabétologue
 Rue 18, Bd Fassi - 19 - Casablanca
 Tél: 05 22 05 1222

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموفرة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة Prix	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
02/01/23	1000	<i>[Signature]</i>

PHARMACIE OULMES
 S.A.R.L.A.U
 4377
 El Mansour - Casablanca
 Tél: 0522 36 08 06

PHARMACIE OULMES CASA
 S.A.R.L.A.U
 4377
 El Mansour - Casablanca
 Tél: 0522 36 08 06

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur Othmane KHATIB
Médecine Générale

الدكتور عثمان الخطيب
الطب العام

Diplôme universitaire de diabétologie.
Certificat universitaire d'échographie générale

شهادة جامعية في داء السكري
شهادة جامعية في الفحص العام بالصدى

الدار البيضاء في 02/01/2023. Casablanca, le

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Hexoméline®
Solution



6 118000 180395

Dr. Othmane KHATIB



14,00

① Hexoméline 57h

012/12/2023

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06



012/12/2023

Dr. Othmane KHATIB

Médecin Généraliste
Diabétologue
Rue 78, Bd. Tansift N° 73 - 75 Oulfa - Casa
Tél: 05 22 09 11 89

14,00

زنقة 78، شارع تانسيفت رقم 73-75 - الألفة - الدار البيضاء

Rue 78, Bd. Tansift N° 73 - 75 Oulfa - Casa - Tél./Fax : 05 22 09 11 89



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](#)
[ENREGISTRÉ 1](#)
[PAYE](#)
[RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
78916431	31/01/2023	Payé en : 42 jours		JAIDI MOUNIR	214,00	64,00	12,00	76,00
- 1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92
78284807	29/12/2022	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	383,60	139,88	27,04	166,92