

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.



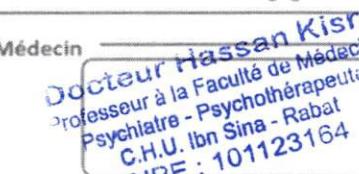
Déclaration de Maladie

N° W21-717234

AS6439 Contrel

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9261	Société : RMT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Oulal Chaouia Filia Zahr			
Date de naissance : 1969-03-08			
Adresse : 32 Ave Allal Ben Abdellah			
Tél. 0615272304		Total des frais engagés : Dhs	

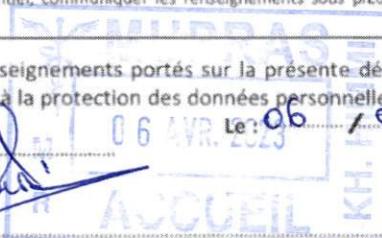
Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 06/03/2019			
Nom et prénom du malade : Oulal Chaouia Filia Zahr Age : 50			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Tbc			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-717234
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="checkbox"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>												

Docteur Hassan KISRA

Professeur de Psychiatrie

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Médecin Psychiatre - Psychothérapeute

Thérapies Comportementales et Cognitives

Adultes, adolescents et enfants

C.H.U. Ibn Sina

GSM : 06 69 74 02 66

الدكتور حسن كسراء

أستاذ في الطب النفسي

كلية الطب والصيدلة - الرباط

طبيب نفسي - معالج نفسي

العلاج السلوكي والمعري

الكبار والأطفال

المركز الاستشفائي ابن سينا

المحمول : 06 69 74 02 66

Le 06/03/23.....

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur H. Kisra, Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie et Psychiatre à l'Hôpital Ar-Razi de Salé, certifie que Mme Ould Chaouia Fatima Zahra nécessite une prolongation de son congé de maladie trois mois, à partir du 08/03/23.

Certificat pour usage administratif.

Pr H. Kisra

Docteur Hassan Kisra
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

IPP : 1 408 806 N° de dossier : C233866990

2 791 081

DI : 3 180 821

Patient : OULD CHAOUIA FATIMA ZAHRA

Montant : 400,00 Dh (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/03/2023

Description :

Medecin : C0441 KISRA HASSAN

Motif : CONSULTATION PSYCHIATRE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

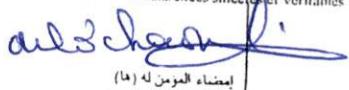
Cachet du caissier :

N° 2105332

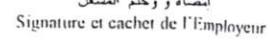
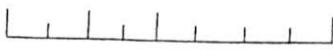
 CNSS	إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات اليومية Avis d'interruption de travail et demande d'indemnités journalières	Référence : 312-1-16 N° Dossier	رقم الملف
---	---	------------------------------------	-----------

Type de dossier (1)				نوعية الملف (1)
<input type="checkbox"/> أمومة Maternité	<input type="checkbox"/> تمديد Prolongation	<input type="checkbox"/> حادث يعزى إلى الغير Accident imputable à un tiers (2)	<input type="checkbox"/> مرض Maladic (2)	

Cadre à remplir par l'assuré(e)				إطار يملأ من طرف المؤمن له (ها)
N° de la CNI (3) ANISOU	رقم البطاقة الوطنية للتعرف (3) 181739537	N° d'immatriculation 181739537	رقم التسجيل	
Prénom Fatima-Zohra	الاسم الشخصي Fatima-Zohra	Nom Salhi	الاسم العائلي	
Adresse 32, Rue Salhi	العنوان			
Ville RAFAT	المدينة RAFAT	Quartier RAFAT	الحي RAFAT	
Pays MAURITANIA	البلد MAURITANIA	Code Postal 10000	الرمز البريدي 10000	
Téléphone portable 0615272364	الهاتف النقال			

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

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

Cadre à remplir par l'employeur				إطار يملأ من طرف المشغل
L'employeur				
N° d'affiliation				
Assuré auprès de la compagnie d'assurance				
Contre les risques AT/MP (4)				
sous police n°				
Certifie que l'assuré(e) ci-dessus mentionné(e) occupe actuellement le poste de				
ضد أخطار حوادث الشغل والأمراض المهنية (4)				
تحت رقم البوليصة				
يشهد أن المؤمن له (ها) المشار إليه (ها) أعلاه (ت) يشغل حالي وظيفة				

A interrompu effectivement son travail le		انقطع فعلياً عن العمل بتاريخ	أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
				
A prolongé son arrêt de travail le		مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ	امضاء و وثيق المشغل Signature et cachet de l'Employeur	
				

- (1) Cocher la case correspondante
- (2) Les accidents de travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts par le régime de la sécurité sociale
- (3) Ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)
- (4) AT/MP Accident de travail, Maladie Professionnelle
- Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.
- تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه ملاعبة المعلومات ذات طابع الشخصي
- Indice de révision 04_27/04/2021
- ضع علامة في الخلقة المناسبة
 لا يغطى قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل والأمراض المهنية
 أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)
 حادثة مثل أو مرض مهني
- (1)
 (2)
 (3)
 (4)

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

08/03/2023

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Maladie de l'organ

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

(so) de esse le iihli
Médecine
Psychiatrie

4) Durée prévisible du traitement

6 mois

A..... le 08/03/23

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Docteur Hassan Kistra
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164

Indice de révision : 01

REF : 451-4-45



FICHE MEDICALE
CONFIDENTIELLE

DIRECTION DES
ASSURES

REF. : 451-4-45

Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC -

NOM ET PRENOM DU MALADE →

NUMERO DU DOSSIER →

NUMERO D'AFFILIATION →

PLI A JONDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

Ce pli ne doit être rempli que par le médecin conseil de la C. N. S. S.