

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-772170

AS6397 Ondis

<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 :	RABAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Pharmacie - F-2
Nom & Prénom : Ould Cheriaïs Filles Sihem			
Date de naissance :	08-03-65	Adresse : 32 - Ave Rabi I MARRAKESH	
Téléphone :	05222304	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<b>Docteur Hassan Kisra</b> Professeur à la Faculté de Médecine Psychiatre - Psychothérapeute C.H.U. Ibn Sina - Rabat INPE : 101123164		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	06/02/2013		
Nom et prénom du malade :	N° Ould Cheriaïs Filles Sihem Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Hypertonie artérielle		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	06/02/2013		
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 : 06/02/2013 Le : 06/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Ould Cheriaïs Filles Sihem

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-772170
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 :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/02/23	CNP/P		Mr. Olga	INP : <u>Docteur Hassan RISTE</u> <u>Professeur à la Faculté de Médecine</u> <u>Psychiatre Psychothérapeute</u> <u>C.H.U. Ibisina - Rabat</u> INPE : 101123161

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

### **VOLET ADHERENT**

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



Rabat, le .....  
06/02/23

Docteur .....

Pr H. Kisra

Mme Ould Chaouia Fatima Zahra

1. MIRTAZAPINE 30 mg

1 cp le soir

Traitement de trois mois

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



Rabat, le .....  
06/02/23

Docteur ..... Pr H. Kisra

Mme Ould Chaouia Fatima Zahra

1. MIRTAZAPINE 15 mg  
2 cp le soir
2. ALIVIAR 50 mg  
1 gélule le soir
3. LEXOMIL cp 6 mg ou ZEPAM 6 mg ou ANXIOL 6 mg  
1/2 cp si besoin

Traitement de trois mois

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

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

### Service Admission/Facturation

[PP : 1 408 806    N° de dossier : C233827841    Quittance N°

Patient : OULD CHAQUIA FATIMA ZAHRA

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/02/2023

Description :

Medecin : C0441 KISRA HASSAN

Motif : CONSULTATION PSYCHIATRE



### **Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4**

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

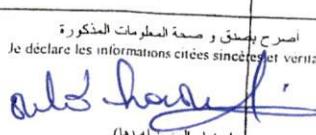
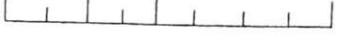
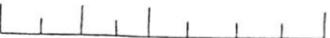
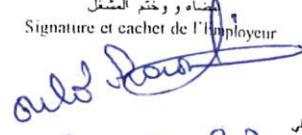
*Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.*

**Assurance**  
**CLIENTS PAYANTS**

### **Cachet du caissier :**

N° 2090627



 التضامن الاجتماعي <b>CNSS</b>	<b>إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات اليومية</b> <b>Avis d'interruption de travail et demande d'indemnités journalières</b>	Référence : 312-1-16 N° Dossier	رقم الملف
<b>Type de dossier (1)</b>		إطار يملأ من طرف المؤمن له (ها) (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 Maladie (2)	
<b>Cadre à remplir par l'assuré(e)</b>			
N° de la CNI (3) <b>AH15040</b>		رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3) <b>18,173,9537</b>	
Prénom <b>Fatima-Zohra</b>		الاسم الشخصي Nom <b>Ouhd Chadi</b>	
Adresse <b>32, Ave Nabi RABAT</b>		العنوان	
Ville	RABAT	المدينة	Quartier
Pays	MAROC	البلد	Code Postal
Téléphone portable	<b>0615272306</b>		
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;">           أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة            Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables              إمضاء المؤمن له (ها)            Signature de l'assuré(e)         </div>			
<b>Cadre à remplir par l'employeur</b>		إطار يملأ من طرف المشغل	
L'employeur ..... المنشغل			
N° d'affiliation ..... رقم الانخراط			
Assuré auprès de la compagnie d'assurance ..... مؤمن لدى شركة التأمين			
Contre les risques AT/MP (4) sous police n° ..... ضد أخطار حادث الشغل والأمراض المهنية (4) تحت رقم البوليصة			
Certifie que l'assuré(e) ci-dessus mentionné(e) occupe actuellement le poste de ..... يشهد أن المؤمن له (ها) المشار إليه (ها) أعلى بت (يُشغله حالياً) وظيفة			
A interrompu effectivement son travail le .....  		انقطع فعلياً عن العمل بتاريخ .....  	
A prolongé son arrêt de travail le .....  		مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ .....  	
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;">           أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة            Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables              شهادة و ختم المشغل            Signature et cachet de l'employeur            فـ ٥٦٠٢٠٢٣            التاريخ         </div>			

- (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) Où le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatrication)

(4) AT/MP: Accident de travail, Maladie Professionnelle

(4) ATMP 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.

(4) حادثة مقتل أو مصر مهني  
تم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لما تقتضيه اللائحة رقم 09-08 المعنية بالحماية الشخصية للأشخاص الذاتيين تجاه  
ـ ملء المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لما تقتضيه اللائحة رقم 09-08 المعنية بالحماية الشخصية للأشخاص الذاتيين.



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 →

PLIA JONDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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

K

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

08/10/2015

2) Renseignements Clinique Sommaire :

TDM

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

(807) shenoune d'abst  
ht tress  
thyroïdite

4) Durée prévisible du traitement

R 1 j

A ..... le ..... 08/10/2015

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Docteur Hassan HASSAN  
Professeur à la Faculté de Médecine  
Psychiatre - Psychiatre- Psychologue  
C.H.U Ibn Sina - Rabat  
INPE 101123164  
REF: 451-4-45

Indice de révision : 01