

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W21-806427

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **G272**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTIBA HASSAN

Date de naissance :

25/06/1959

à **CASABLANCA**

Adresse :

Residence CYBONE "A" Appart 1^e étage

Hay CASABLANCA

Tél. : **06 88 11 86 23**

Total des frais engagés :

2600,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



Age : **59 ans**

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : **S.BARKI**

Le : **13/06/2023**

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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le professeur Jean-Pierre Gauthier, la Société d'enseignement et de recherche

Important:

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				DEBUT TRAVAIL
				MINTANTS DESSINS
				DEBUT EXECUTION
				FIN EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DE TRAVAIL
	H <small>HAuteur de la prothèse</small> D ————— G <small>Diamètre de la dent</small> B <small>Base de la prothèse</small>			MINTANTS DESSINS
	[Création, remont, adjonction] <small>Technique de fabrication et adjonction de la prothèse</small>			DATE DU DESSIN
				DATE DE LA EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

650 0649826593

SOM: 783872

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

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف العمارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأذناتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضيدية التي تنتهي إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle**توقيع و طابع التناضدية**

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Tariх d'ouverture :


ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

185717

932606284

J198316

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

Conjoint زوج Enfant ا بن العنوان : Hay Louymoua, résidence Louymoua A

appart 4, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 2600,00 DHS

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant**تصريح الطبيب المعالج****Bénéficiaire de soins**

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : ♂ ذكر

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Tareх d'accouchement :

Hospitalisation *

استشفاء *

Tareх d'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Tareх d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.	
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessous.	
Fait à : 5/06/2023	جرب بالدار
le : 23/05/2023	لي :
توقيع المؤمن له (لها)	
Signature de l'assuré (e)	

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

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : 23/05/2023	جرب
le : 23/05/2023	لي :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	



La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيعها كلباً يبيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العملات المحرّاة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نارب العتلي Date d'exécution	العن المطهور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

• عمليات المساعدين الطبيين

**Accusé de Réception**

MME SOUGRATI ASMA
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
LAIMOUNE 01 APPT 04
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 81263611 Date et heure : 05/06/2023 09:15

Nom et prénom Assuré : SOUGRATI ASMA

Immatriculation : 93606284 / 090127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 2 500,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

 CNOPS
Organisme de Mise en Marche
La sécurité sociale au service du secteur public

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 ENREGISTRE 2 EN COURS DE TRAITEMENT 2 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	6 756,51	4 161,70	591,24	4 752,94
80769345	10/05/2023	SOUGRATI ASMA	4 156,51	2 891,70	0,00	2 891,70
81263611	05/06/2023	SOUGRATI ASMA	2 600,00	1 270,00	5,00	1 275,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger

★★★★★

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة
طب العيون
دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر.....

Casa le : 23 Mai 2023

Mme SOUGRATI Asma

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :

OD = - 1.25 (- 0.25 à 38°)

OG = - 1.75 (- 0.25 à 119°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

AL FIRDAAOUS VISION
El Azziz El IDRISI SIDI MOUSSA
202 Bd Abdessalam RDA
Casablanca
Tunisie
INPI : 095001000
Ophtalmologue
Ancien Opticien
Bil. Oum Rabii Res. Al Firdaus
Imm. L 30 - 2^{ème} étage
Casablanca
Tunisie

DR. BOUKSIM M.
OPHTHALMOLOGISTE
Bil. Oum Rabii Res. Al Firdaus
Imm. L 30 - 2^{ème} étage
Casablanca
Tunisie

CASA LE :01/06/2023

AL FIRDAOUS VISION

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

FACTURE : N 102/2023

NOM : sougrati asma NOMENCLATURES CORRESPONDANTES A LA PRESCRIPTION

OD :31 OG :31

1 MONTURE optique.....	350.00DH TTC
2 VERRE 1.5 progressif Orma indo ar	2000.00DH
TTC	
2 VERRE.....	00.00DHTTC
2MONTURE OPTIQUE.....	00.00 DH TTC

Total 2350.00 DH TTC

LA PRESENTE FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE :

deux Mill trois cent cinquante DIRHAMS AL FIRDAOUS VISION

ICE : 00223025300090

RC : 428231

INPE :095001889

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZI EL IDRISI HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd Abdellah Ben Kaddour Casablanca
INPE: 095001889