

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - LGJ - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-806427

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959 à CASABLANCA

Adresse : Residence LAMARQUE A° approach 1er étage
Hay LAMARQUE CASABLANCA

Tél : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 2600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

M = SAUCRATI ASTA

Age : 59 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ 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

Le : 13/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Visa dent : radiographies radiographiques, soins de prothèse, soins de traitement orthodontique, orthopédie faciale, etc.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA : الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 185717 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 932606284 : رقم التسجيل

N° CIN : J188316 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Hay Laymoun, n° des c. Laymoun A : العنوان

appart 4 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 2500,00 DHS : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : : تاريخ الميلاد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ذكر F أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * : مرض

Maternité * : أمومة

Hospitalisation * : استشفاء

Accident * : حادث

Pli confidentiel remis * : Oui Non : تم تقديم الظرف المغلق

Date de grossesse : : تاريخ الحمل

Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة

Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء

Date d'accident : : تاريخ الحادث

Causes : : أسباب الحادث

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : : حرر بـ

le : : في

Signature de l'assuré (e) : توقيع المؤمن له (لها)

Signature du médecin traitant : توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

أشطب الخانة

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

يمنع بيعا كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé - Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

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

**Accusé de Réception**

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 :



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

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية 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 FIRDAOUS VISION
EL AZIZ EL IDRISSI
Ophticien Ophtalmologiste
202 Bd Abdelmoumen RD N° 5 Casablanca
TNP : 0950013889

Dr. BOUKSIM M.
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Res. Al Firdaus
Imm. L 30 - 2ème étage
N° 5 Oulfa - Casablanca
TNP : 0950013889

CASA LE :01/06/2023

ALFIRDAOUS VISION

OPT ICIEN - 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.....00.00DH TTC

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
ELAZIZI EL IDRISSI HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen ZONE N° 3 Casablanca
INPE: 095001889