

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

- 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

complément de dossier mon époux ALAOUI AMB D'honneur
Koua

Déclaration de Maladie : № S19-0051945

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15.11 Société : MUPRAS 168484

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KOULADIE Date de naissance :

Adresse : Résidence WILAN 1704 Apt 2 OULEA

Tél. : 0669.13.13.70 Total des frais engagés : 5.065,00 (320,00 CHFPS) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ALAOUI AMB D'honneur Age :

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 : 14/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Koua

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie № S19- 0051945

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 : 15.11

Nom de l'adhérent(e) : KOULADIE

Total des frais engagés : 5.065,00 CHFPS

Date de dépôt : 14/07/2023

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

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 الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماضدية 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



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 :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : ALAOUI ADRIB M'HAMED

369728

N° Affiliation : 44118732

لـ 98140

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint ○ زوج ○

ابن ○

Adresse : Rehalaue WIAN - T004 - Apt 2 - 001 FA العنوان

Montant des frais (Dhs) : 5,065,00 DH

Nombre de pièces jointes : 3

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :

ALAOUI ADRIB M'HAMED

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر ○

Identification du médecin traitant

N° INP

01MBS1649

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation *

إقامة *

Accident *

حادث *

Oui ○

Non ○

Pli confidentiel remis* :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : حرب :

le : في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر : في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المعاشر المذكور أعلاه

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 منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

* اشطب الصانع

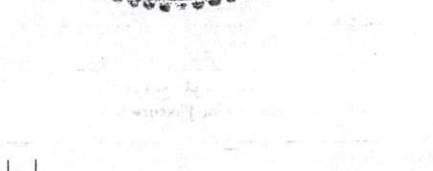
description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التقييد Date d'exécution	النعن المقوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08/05/2023	4500,00 INP : Akram Daali Innre : 065032633	
25/04/23	315,00 INP : INP 92052208	
	INP : [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Actes Paramédicaux

الطباطبائيون المساعدون عمليات

MR ALAOUI ADIB M'HAMED

RES WIAM IMM 4 APPT 2

OULFA

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001



Accusé de Réception



N° de Dossier : 81278686 Date et heure : 05/06/2023 12:30

Nom et prénom Assuré : ALAOUI ADIB M'HAMED

Immatriculation : 44873255 / 500380851

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ALAOUI ADIB M'HAMED / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40110

Valeur en Dirhams : 5 065,00 Nombre de pièces : 3

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0100

Nom Etablissement :

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.....

25 Avril 2023

Casa le :

Mr. ALAOUI ADIB Mhammed

**Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets**

VL :

$OD = + 2.00 (- 0.75 \text{ à } 99^\circ)$

$OG = + 1.50 (- 1.50 \text{ à } 69^\circ)$

VP :

$ODG = Add : + 3.25$

105, av 3

CROSS COLLYRE



Bd. Oum Rabii Gpe. Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11

LOT
2

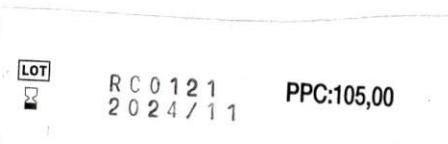
R C 0 1 2 2
2 0 2 5 / 0 6

PPC:105,00

LOT
2

R C 0 1 2 2
2 0 2 5 / 0 6

PPC:105,00





OPTIC

Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

N° 39304

FACTURE N° :

Casablanca, le: 08/05/2023

Mme / Mr : ALAONI ADIB M HAMMED
Dr: Bousksin malika

VL	VP-Add
OD : +2,00 -0,75 (agg°)	OD : +3,25
OG : +1,50 -1,50 à 69°)	OG : +3,25
Monture	Verres
1200,00 DH	3300,00 DH
..... DH DH
AKRAM PROGRESSIF EXAKA G.R.'S ANTI REFLET Import	
Total à payer: 4500,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE

CI DESSOUS DIRHAMS

Akram Daali
Inpe : 065032633

M-A-D Optic
Opticien Autométriste
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36
Capitale 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 6123
ICE 002642590000069

Tous les documents d'origine sont sous forme de PDF.

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 1	REJET 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
-------------	--------------------------	---------	------	--------------------------

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
- 2	-	28/06/2023	Virement	-	8 443,00 730,66	2	0,00	2 730,66
80884480	16/05/2023	Payé en : 43 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	3 378,00 410,66	1	0,00	1 410,66
81278686	05/06/2023	Payé en : 23 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	5 065,00 320,00	1	0,00	1 320,00
■ 1	-	12/06/2023	Virement	-	538,10	188,72	0,00	188,72
■ 1	-	01/03/2023	Virement	-	2 000,00	800,00	0,00	800,00
■ 2	-	17/02/2023	Virement	-	3 873,31	624,12	0,00	624,12