

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07287

Actif

Pensionné(e)

Société : RAM

Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Résidence Al Mousaour CASA

Tél. : 0661526440

Total des frais engagés : 2608,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Allal Ben Abdellah Age : 71

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Carthage

Le : 17/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Tél: 0673593306

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.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :
Signature :
Date de dépôt du dossier :
Signature :

Instructions à suivre

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتضمن 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 يوماً) 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 تضليل 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.



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

147785

932443642

C148871

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Rue Ladi Babbar Rés Al Mansour
Inn B Quai el Burger Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 126.08,00 //
Métiq mصاريف (درهم) :
 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى X

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

مرض

أمومة

أستشفاء

حادث

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Ashed بصفة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à Casablanca

le : 11/09/2023

نوع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الفرق المغلق* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

I.N.P

091032771

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

جريدة

حرر ب :
Fait à :
الموافق :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Dr. BERRADA Mohammed

DENTALMOLOGISTE

104, Bd. Abdelmoumen, Rés. Al Mansour

Tel: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41

E-mail: berrada.mohammed@gmail.com

يمنع ملعاً على بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

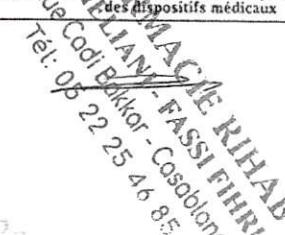
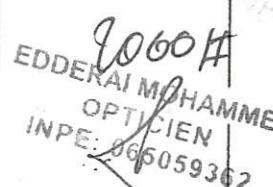
صف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوعصات التي تم تسييدها والتجهيزات الطبية المقدمة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذية Date d'exécution	النوع المغور Prix facturé	توقيع و ملئ الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/08/23	258,00	 Tel: 06 22 25 46 85 5000 Casablanca Cadi Bakkar, Casablanca
08/09/23	2000,00	 EDDERAI MOHAMMED OPTICIEN INPE : 065059362  64/66 imm. 62, Rue Cadi Bakkar Maârif Extention Casablanca ICE: 00309288000025

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies : dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور والأشعة والاحياء عمليات

Actes Paramédicaux

الطبعة: المساعدات عمليات

05 20 56 58 98

eyetechmaroc98@gmail.com

64/66 IMM. 62, Rue Cadi Bakkar
Maârif Extention, Casablanca



EYETECH

la plus belle façon de voir !

Facture N° 03008

Mme/ Mr : DERKAOUI Souad

Dr. : 08/08/2023

VL

VP - ADD

OD: +9,00 (+0,75 25) OD: +9,50

OG: +1,50 (+1,00 140) OG: +2,50

Vers: Pœgkui 5-8;4

Ceracimique:

Photocopy

VP

OD:

OG:

Rue 1500 dh

1 Monture Plastic

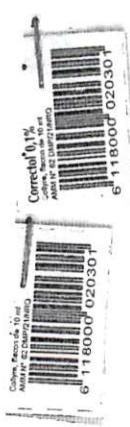
Prix 500 dh

EYETECH

64/66 IMM. 62, Rue Cadi Bakkar
Maârif Extention, Casablanca

ICB: 6003002800000025

Total 2000 dh



Docteur Mohammed Berrada
Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Medecin Agrée pour la visite
Médicale d'aptitude à la conduite
Correction de la myopie au laser



لـدكتور محمد بـرادـة
اـخصـائـي فـي أمـراض وجـراـحة العـيـون
طـبـيـب مـعـتـمـد لـلـفـحـص الطـبـي
لـلـقـدـرـة عـلـى السـيـاقـة
تصـحـيق المـيـوـبـيـا بـالـلـيـزـر

31 août 2023

Casablanca, le

Mme DERKAOUI Souad

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = + 2.00 (+ 0.75 à 25°)

OG = + 1.50 (+ 1.00 à 140°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

40,00
CORRECTOL collyre

20,00 x 2

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

HYE collyre

109,00 x 2

2 18,00
1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

258,00

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

EYETECH
64/B6 IMM 62, Rue Ladi Bakkar
Maârif Extention - Casablanca
ICE: 003992180000025



Ma Situation

Remboursements

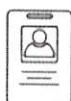
Prises en charge

Immatriculation

Menu



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 Mutualées gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)



DERKAOUI SOUAD

Droit Ouvert

12/09/1960 - C148871

RUE GADI BAKKAR RES MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2 MAARIF CASABLANCA MAARIF (20100)

PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

021 780 000 005 800 105 383 254

Information

PAYÉ

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	-	31/10/2023	Virement	-	6 734,60 291,02	3	387,62	3 678,64
82600690	24/08/2023	Payé en : 68 jours		DERKAOUI SOUAD	4 126,60 971,02	1	382,62	2 353,64
82929427	13/09/2023	Payé en : 48 jours		DERKAOUI SOUAD	2 608,00 320,00	1	5,00	1 325,00

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



AMC DERKAQI SQUAD
RUE CASI DAKKAR 39 REG
MANSOUD 1444 B APT 4 ETE 2
CAGAOLANIA
CAGAOLANIA PARIS
23430

N° de dossier :

DERKAQI SQUAD

Date et heure : 13/09/2013 11:30

Nom et prénom assuré :

DERKAQI SQUAD

Immatriculation :

59943692 / 00000000

Nom et prénom bénéficiaire/rang:

DERKAQI SQUAD

01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90157

Valeur en Unitaire :

2.000,00

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : SPARE DU

Nom Etablissement :

A