

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.

N° W21-792411

191298

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	07703	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	R. T. M. - A. B. D. T. L. L. A. H.
Nom & Prénom : EL HOUARI			
Date de naissance : 01/01/1955			
Adresse : RAS RAM RUE EL JADIDA Casab			
Tél. : 0664183050 Total des frais engagés : 1222 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/09/2023			
Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age: 61			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Coup de poing dans la tête			
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 : 10/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Elh

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

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 المشتردة وأذناتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهديبة التي تنتهي 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاونية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.03.01
مراجع رقم

موافقة مسبقة

تفقید *

Exécution *

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE

0380

N° Affiliation : 916167M1

913261841448

N° Immatriculation :

C1351212791

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 400 Résidence le palmier App 111 Bloc route Al Jadida casablanca

Montant des frais (Dhs) : 432 D.H.

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

SEKKAT RAJAE

Nom et prénom :

Date de naissance :

31/01/1963

N° CIN :

C13528791

Sexe* :

M ذكر F انثى

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

1094183241

Type de soins

Dr. El OMARI Chirurgie Dentaire

Soins* :

Prothèse* :

Orthodontie et O.D.F* :

Autres* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précisez :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه.
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca

le : 15/01/1999

في : Casablanca

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : Casablanca

le : 09/05/2023

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

vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع صناعيا كلما يبع هذا المطبوع

* انظر الخانة

description des ordonnances

جريدة الوصفات

وصف العمليات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	العنوان المختار Prix facturé	توقيع و طابع الطبيب أو موئن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux
30/05/23	52.80	Pharmacie Hind DANT 400, Route de Jajida CASABLANCA Tél: 022.98.88.97-Fax: 022.98.24.78
INP : 092042753		

INP : </div



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

30/3/23

Patient (e) : SEKKAT RAZAK

Veuillez Réaliser :

- Une radiologie panoramique
- Une téléradiographie de profil
- Un cone-beam

Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
Fax : (+212) 0529 00 44 66



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

30/01/23

M

RASAG

SEKHAT

① KIN (B-d B-iel)
1 - 8 28K
Lt 85 -

② COOOL:PRANG (أغم)
14 x 318K
Lt 2a 35

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. EL OMARI Othmane Bendaoud
Chirurgie Générale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. EL OMARI Othmane Bendaoud
Chirurgie Générale



Royaume du Maroc



Accusé de Réception



MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 84396045 Date et heure : 27/11/2023 12:18

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 432,80 Nombre de pièces : 5

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

Information

ENREGISTRE **3**EN COURS DE TRAITEMENT **1**REJET **2****PAYE**RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

❶ 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
- 3	-	02/01/2024	Virement	-	1 768,80	677,26	103,49	780,75
84395834	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	670,00	247,80	44,64	292,44
84395890	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	666,00	200,50	23,40	223,90
84396045	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	432,80	228,96	35,45	264,41
- 3	-	28/06/2023	Virement	-	1 970,70	540,84	72,79	613,63
81333709	07/06/2023	Payé en : 21 jours		SEKKAT RAJAE	686,10	101,62	17,26	118,88
	07/06/2023	Payé en : 21 jours		SEKKAT RAJAE	761,90	303,33	46,90	350,23



CASABLANCA, le 30/09/2023

PATIENT : SEKKAT Rajae

EXAMEN(S) REALISE(S) : Panoramique dentaire

IPP : 180824032721YA

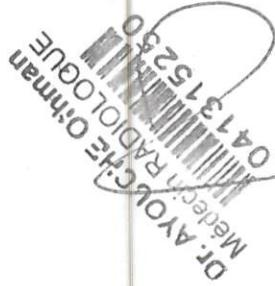
DATE NAISSANCE : 30/08/1963

NUMERO DOSSIER : 2300753838

PANORAMIQUE DENTAIRE

- Denture de type adulte.
- Edentement multiple.
- Matériel de restauration dentaire.
- Couronnes et bridges en place.
- Minéralisation normale de la mandibule sans lésion lytique, condensante ou mixte.
- Bases libres des sinus maxillaires.
- Canaux alvéolaires libres.
- Respect des articulations temporo-mandibulaires.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : Dr AYOUCHE Othman



FACTURE

N° 135 878 / 2023 du 30/09/2023

Nom patient : SEKKAT RAJAE

Entrée 30/09/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANORAMIQUE DENTAIRE	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **135 876 / 2023** du **30/09/2023**

Nom patient : **SEKKAT RAJAE**

Entrée **30/09/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **30/09/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DENTAIRE	1,00		200,00	200,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	200,00
				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

	Total	200,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			200,00		200,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061862