

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.



Declaration de Maladie

N° W19-597596

56354

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8-98 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HENRI BOUTONGIA

Date de naissance : 13 rue d'Egypte R. H. I.P.N. 15

Adresse : EC 43 HR

Tél. : 0644209835

Total des frais engagés : 103804

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

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 و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غرض أو تصريح للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمناظر القانونية.

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

Cachet et Signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
RéfANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي : Youssef Abdelhak

N° Affiliation : 112189114

N° Immatriculation : 131116142 376

N° CIN : 6116191131

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : Conjoint ☐ زوج ☒ ابن ☐ Enfant

العنوان : 1038 4°

Montant des frais (Dhs) : 1038 4°

Nombre de pièces jointes : 1038 4°

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Youssef Abdelhak

Nom et prénom : Youssef Abdelhak

Date de naissance : 10/12/1911

N° CIN : 6116191131

Sexe * : M ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ F

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 112189114

Type de soins : 112189114

Maladie * : ☐ مرض ☒ Pli confidentiel remis * : ☒ Oui ☐ Non

Maternité * : ☐ أمومة ☒ Date de grossesse : 11/11/11

Hospitalisation * : ☐ استشفاء ☒ Date prévue d'accouchement : 11/11/11

Accident * : ☐ حادث ☒ Date d'hospitalisation : 11/11/11

Causes : 11/11/11

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>11/11/11</u> Le : <u>11/11/11</u> 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. Fait à : <u>11/11/11</u> Le : <u>11/11/11</u> توقيع و طابع الطبيب المعالج أو الطبيب المساعد Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

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

Professeur Agrégé en Médecine
Faculté de Médecine - FES
أشطب الخاتمة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متاعليا بيع هذا المطبوع

عمليات الإحياء: الأشعة و الصور

CIM - 10			
----------	--	--	--

توقيع وطابع الصيدلي أو مميين التجهيزات الطبية	الثمن المفوتر	تاريخ التنفيذ
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix facturé	Date d'exécution

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
01/09/2020	688,40	صيدلية السلامة PHARMACIE ASSALAMAH BEN LKHAYAT TORISSI Naïja
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] INP 142052091	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

[illegible]

أَعْدِينَ الطَّبِيبِينَ

[illegible]

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 291 DH 00

MEDIZAPIN 10 mg
30 comprimés ○



LOT: 029
PER: SEP 2022
PPV: 167 OH 40

MEDIZAPIN® 5mg
30 comprimés



6 118001 15094

PER: NOV 2021
PPV: 194 11H 20

MEDIZAPIN® 5 mg
30 comprimés

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables

6 118000 02



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 01/08/2020

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES

صيدلية السلامة
PHARMACE ASSALAMAH
IBN LKHAÏT IDRISSI Najia
Rue Jorfoua



Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Seffrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES

NOTE D'HONORAIRE



FES, LE 01/03/22

NOM : Dr. Yousfi

PRENOM : Abdelk

HONORAIRE DR

○ 350.00 DHS (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE

Dr AAFAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES

Route de Sefrou Fès V.N. Tél.: 0535 641697/0535 641123/24 fax 035657969

CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667
ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com

 (/portailapps/www/index.php/assures/autodisconnect)
  Ma Situation
  Mes documents
  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 Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1	NON PAYE 1	ACCORDE 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
5	-	03/11/2020	Virement	-	2 477,00	1 267,28	244,67	1 511,95
1	-	14/10/2020	Virement	-	1 038,40	615,05	112,84	727,89
63407292	11/09/2020	Payé en : 33 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 038,40	615,05	112,84	727,89
1	-	05/10/2020	Virement	-	719,50	390,35	61,48	451,83
3	-	31/08/2020	Virement	-	1 707,25	703,16	81,00	784,16
1	-	17/04/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00
1	-	18/03/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00
1	-	17/02/2020	Virement	-	2 450,00	1 739,40	360,35	2 099,75