

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.

Biologie 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.

Educations :

- 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0006735

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **66267** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5183** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **S. HAM, Fatma**
Date de naissance : **01.07.58**
Adresse : **R. Sanaa, Bd. Benjaye N° 130**
CNEP
Tél. : **0605 904320** Total des frais engagés : **306,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 : **CNEP** Le : **05/04/21**

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



וְהָיָה כִּי יִשְׁמַע ה' בְּקוֹל הַתְּפִלָּה

[illegible]

بِحَبِّهِ أَرْقَاوِي وَالْعَلَّاجَاتُ بِجَمِيعِ الْوَسَائِقِ الْخَبِيرُ وَرَبُّهُ

(འགྲོ་བུ་སྐྱོད་པར་ཁྱེད་ཀྱི་མཚན་ལྟར་)

باب في معرفة ما يجب من الصلاة والصدقة والزكاة

8.000

11. 4. 1941
 12. 4. 1941

[illegible]

الحمد لله رب العالمين . اللهم اني اذبح اليك هذا الفحل .

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय (०१५५) श्री. श्री.

وَأَمَّا الْفُلُ فَأَنزَلْنَاهُ ذِكْرًا لِّعِبَادِنَا إِنَّهُ لَكَادِمٌ

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥ ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

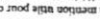
[illegible][illegible]

— 100 —

[illegible]

حق التعويض من طرف المبتدع الطبي الجليل

[illegible]

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 12/11/2015 Le : 12/11/2015 Signature de l'assuré (e) : 		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques. Fait à : 12/11/2015 Le : 12/11/2015 Dr R. B.  Cabinet de Spécialité de Médecine Traitement ou de l'Établissement de soins	
Maillage ☐		Hospitalisation ☐	

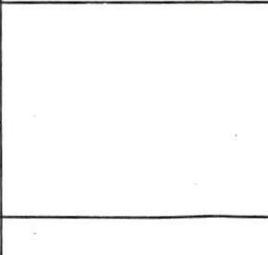
[illegible]

28 60260990

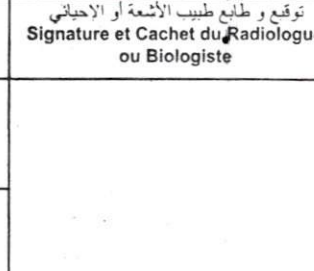
DE t⁰z t⁰g g⁰

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
24/10/19		C	15000		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء, الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
24/10/19	467.00			
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

ORDONNANCE

Fait le 24/10/2019

Khan Ned

30.40
10) Astaph 500mg
1 pa 3

30.40
20) Xerid 100mg
1 sup le soir

19.60
30) Hemo fast pomade
1 A ppl a 2

89.00
40) Artiflea Roll on
1 A ppl le soir

(91.00) 20) Zashyl 10mg

54.40
60) 1 sup le soir
don mg hak 0.9%

1 A ppl a 4

T.F. 1167.00

PHARMACIE ATTAWHI
Bloc 3 Rue 10 N° 3
25 22 70 80 42
JABLANCA

Dr. RIBEN WAHID BENQADOT
152 Bd Bourguiba
Cajablanca
Tél 02 22 97 88

Astaph 500mg/24 gélules



6 118000 090144

xénid 100mg 

10 suppositoires



6 118000 140559

Hemofast®
Pommade

ARTIFLEX
ROLL-ON



6 111255 810338

Zadryl 10mg 

30 comprimés enrobés sécables



6 118000 120698

Zadryl 10mg

30 comprimés enrobés sécables



6 118000 120698

LARMABAK 0.9% 

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO

مرجع رقم : 610-2-06 REF

Référence structurée : 191291272849933

Emis à Casablanca le : 17/12/2019

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation: 159689128

Règlement du mois : 12/2019

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060289916	24/10/2019	C	MEDECIN GENERALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
060289916	24/10/2019	PH	PHARMACIE	467,00	358,00	1,00	1,00	358,00	70	250,60
Total remboursé pour MOHAMED										306,60
Total général remboursé										306,60

Sans erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان