

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Souscriptions 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'accord préalable est exigé 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.

Education :

L'accord préalable renseigné 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2658

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL HENIAR

Date de naissance : 30/06/1952

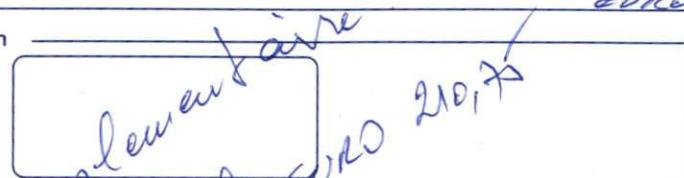
Adresse :

Tél. : 06 72 833 90 Total des frais engagés : 210,25

0hs
euro

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/09/2019

Nom et prénom du malade : Lamine

Age :

Lien de parenté : Soñor

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dystonie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dystonie

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 : 05 SEP. 2019

Signature de l'adhérent(e) :



description des actes effectués

وصف العمليات المحرّاة

CIM-10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعاونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
N. MINEY 128, avenue de Chichy 75017 PARIS Tél. 01 46 27 87 50 Fax 01 250 00	60,75 ou 70	30/6/20

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملیات المساعدین الطبیین

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 :
Date de dépôt du dossier :
Signature et tampon de la mutuelle :
Téléphone :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :
Signature :
Téléphone :
Email :
Fax :

تعليمات يجب اتباعها

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 المارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأنهتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التغاضدية 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 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 تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Signature et tampon de la mutuelle :
Téléphone :
Email :
Fax :



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخص :

رقم الإنخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Nom et prénom : Touria ZINE

363178

432874741

B377-280

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 173 lot Dandoun Sidi Haâdj

Casa Blanca

Montant des frais (Dhs) : 210.75 د.م

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médden traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ZINE Touria

Date de naissance :

05/02/1958

N° CIN :

B377-280

Sexe* :

M ♂ F ♀

Identification du médecin traitant

N° INP : 251521352

Type de soins

Maladie * مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité * أمومة *

Date de grossesse : Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation* استشفاء *

Date d'hospitalisation : Date d'accident :

Accident* حادث *

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : الدار البيضاء

le : 06/05/2019

في : 3004 2013

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e) ZN

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : الدار البيضاء

le : 3004 2013

توقيع و طابع الطبيب المعالج او المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du praticien ou de l'institution de soins

Docteur Laurent PALAZZO

GASTROENTEROLOGIE

43, rue Guérard 1017 Rabat

Téléphone : 0524 42 42 49

fax : 0524 42 49 81

يمنع منعاً كلياً بيع

751521352

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Royaume du Maroc



MME TOURIA ZINE
NR 179 LOT DANDOUNE SI
MAAROUF
CASABLANCA
20001 CASABLANCA PRINC AL

000056532362

Accusé de Réception

N° Reception

: 56532362

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré

: ZINE TOURIA

Immatriculation

: 43874741

/ 500397558

Nom et Prénom Bénéficiaire

: ZINE TOURIA

Rang Bénéficiaire

: 01

Type dossier

: FEUILLE DE SOINS

Date et heure

: 6/05/2019 11:41

Lieu de réception

: CASA SIEGE 40123

Valeur du dossier

: 210,75

Nombre de pièces

: 5

Code Agent

: M4M0535

Code Etablissement

Etablissement

ن	Date de réception	تاريخ المعالجة	طريقة الأداء	بénéficiaire	المصاريف	كتوب	التعاضدية	المجموع
1	-	29/07/2019	Virement	-	2 100,00	120,00	5,00	125,00
1	56532362	06/05/2019	Payé en : 83 jours	ZINE TOURIA	2 100,00	120,00	5,00	125,00
1	-	08/07/2019	Virement	-	1 761,00	970,19	166,27	1 136,46
	56992319	03/06/2019	Payé en : 34 jours	ZINE TOURIA	1 761,00	970,19	1	

