

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.

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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHARIT ABDELGHANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661978344 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enf.

Lien de parenté : 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

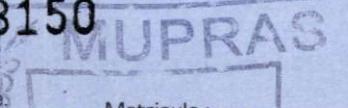
Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-048150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.



Matricule : Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-410540

complément

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHARIT ANDERPHAUER

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56 HAU D'EDUCATION RIBEYD CHARIT

Tél. : 0661976344

Total des frais engagés :

763,80

Dhs

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'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 :

Le : 08/10/2019



Royaume du Maroc



MME HOUDA ELYATIME
NR 56 HAY MESSAOUDIA
RUE 18 CITE DJEMAA CASA
CASABLANCA CITE DJEMAA
20452 CASABLANCA CITE DJEMAA

000058191068

Accus de Reception

Nº Reception : 58191068
(Nº rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prnom Assur : ELYATIME HOUDA
Immatriculation : 43824379 / 040189599
Nom et Prnom Bnficiaire : ELYATIME HOUDA
Rang Bnficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 3/09/2019 10:03
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125
Valeur du dossier : 763,80
Nombre de pices : 6
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :
Etablissement :

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 suivant 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

توقيع و طابع التعاقدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب ارفاق 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 ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المنشورة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 تصريح كاذب للإستفادة 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.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

El YATIME Henda

343334

432824379

BH317481

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

SC. HAY 1218 C.11
SALEM

Montant des frais (Dhs) :

763,80

Nombre de pièces jointes :

06

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom :

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

الإسم العائلي والشخصي :

N° CIN :

ال تاريخ الإضافي :

Sexe* :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

0910049023

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie *

مرض *

Qui

Non

Maternité *

أمومة *

oui

non

Hospitalisation*

استشفاء *

oui

non

Accident *

حادث *

oui

non

Pli confidentiel remis* :

تم تقديم الظرف المغلق* :

تاریخ الحمل :

التاریخ المرتقب للولادة :

تاریخ الإستشفاء :

تاریخ الحادث :

أسباب الحادث :

oui

non

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

أصرح بمحظة أن كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

IM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

de las Melodías - división revisión

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصو

INP

INP 093061141

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

INP -

INP

INP

INP -

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES LABONIL**

Dr Houda BOUTAYEB KHAIR

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Biochimie - Mycologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Oncologie - Parasitologie - Spermologie - Hématologie Page 1/1



**مختبر التحاليل
للتحاليل الطبية**

الدكتورة هدى بوطيب خير

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

Prélèvement du : 08-07-2019
Code Patient : 1802030020
Date de naissance : 20-09-1977 (41 ans)

Mme Houda EL YATIME

N° du dossier : 1907080058
Médecin : Dr BELGHMI RACHID

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

HORMONOLOGIE

20-03-2019

TSH Ultra-sensible

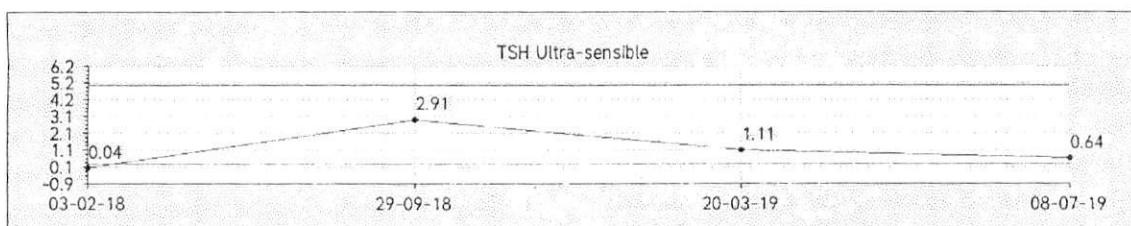
(Technique ECLIA – Roche Diagnostics Cobas)

0.644 mUI/L

(0.250–5.000)

1.110

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mU/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mU/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mU/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.



Age	Valeur de référence
0 à 1 mois	0,70 à 18,10 mUI/L
1 à 12 mois	1,12 à 8,21 mUI/L
1 à 5 ans	0,80 à 6,25 mUI/L
6 à 10 ans	0,80 à 5,40 mUI/L
11 à 14 ans	0,70 à 4,61 mUI/L
15 à 18 ans	0,50 à 4,33 mUI/L
> à 19 ans	0,25 à 5,00 mUI/L

Demande validée biologiquement par : Médecin Biologiste

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre D Casa
TEL : 05 22 55 69 49 / 50



FACTURE N° : 190003535

Casablanca le 08-07-2019

Code INPE : 093061141



Mme Houda EL YATIME

Demande N° 1907080058

Date de l'examen : 08-07-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0163	TSH	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 335.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent trente-cinq dirhams

Dr BOUAYEB KHAIROU
 Médecin Biologiste
 438 Bd 6 Novembre C.D Casa
 Tel : 05 22 55 69 49 / 50

Le 05/07/13

ORDONNANCE

EL YATI ME wonda

1 / S Th u

Dr. BOUTAYEB K.
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D Casab
TEL : 05 22 55 69 49 / 50

LABORONIL

Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D Casab
TEL : 05 22 55 69 49 / 50





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

NON PAYE 1

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	30/09/2019	Virement	-	763,80	420,69	100,87	521,56
	58191068	03/09/2019	Payé en : 27 jours	ELYATIME HOUDA	763,80	420,69	100,87	521,56