

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.

Diagnostique 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.

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° P19- 0043149

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1724 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MACHROUHI LAHCEN

Date de naissance : 22 OCT. 1953

Adresse : Residence AL Fajr Hay AL Qods
BERNOUSSA CASA

Tél. : 0653 752238 Total des frais engagés : 4300,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RAMLI MALIKA Age : 56 ans

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 16 / 12 / 2019



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 participants eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد ولكل 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور 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
مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : RAHILI MALIKA

Date de naissance : 04/12/1963 تاريخ الميلاد :

N° CIN :

Sexe* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 081111949 * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie*	<input type="checkbox"/>	مرض *	<input type="checkbox"/>
Maternité*	<input type="checkbox"/>	أمومة *	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/>	إستشفاء *	<input type="checkbox"/>
Accident*	<input type="checkbox"/>	حادث *	<input type="checkbox"/>

تم تقديم الظرف المغلق : ☐ oui ☐ non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. حرر ب :	أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. حرر ب :
في :	في : 18/09/2019
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع صراحة بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

Actes Paramédicaux عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
					<p>Cabinet Optic al Qods عيادة بصريات القدس Opticien Optométriste Tél: 05 22 73 77 04</p>
				4100	
INP : 091008929					
INP :					
INP :					

Casablanca le 18/09/2019



عيادة بصريات القدس

Cabinet Optic Al Qods

Groupe 70 n°1 BIS, Hay AL QODS, Sidi Bernoussi

Casa

Patente: 31611830

Tel: 05 22737704

Opticien optométriste



095008959

FACTURE N°12/0015

Mme: RAMLI MALIKA Doit

Prescription ophtalmologue

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur :	Vision de loin	Vision de près
	O.D. +2.75 (-0.50 à 70°)	O.D. ALH +2.50
	O.G. +2.75 (-0.75 à 120°)	O.G. ALH +2.50

FOURNITURES:

Montures :

Verres : Progressif 31mm
Anti-reflet Amicis 0.6x0.6

O.D. +2.75 (-0.50 à 70°)

O.G. +2.75 (-0.75 à 120°)

TOTAL :

20500

20500

41000

Arrêté la présente facture à la somme de :

quatre mille cent Dinars

ICE 001776300000095

IF 14681508

INPE 095008959

Cabinet Optic al Qods
عيادة بصريات القدس
Opticien Optométriste
Tél: 05 22 73 77 04

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
pour Adultes et Enfants

- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Glaucome - Angiographie Numerisée - Laser
- Lentilles de Contact
- Chirurgie Réfractive
- Strabisme

**18 Septembre
2019**

Mme RAMLI MALIKA - الدار البيضاء

الدكتورة لمياء كريم النحيلي
أخصائية في طب وجراحة العيون
للأطفال والصغار

- جراحة الجلالة بالليزر
- داء الزرق - تصوير الشبكية - الليزر
- العدسات الاصقة
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- جراحة الحول

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 2.75 (- 0.50 à 70°)

OG = + 2.75 (- 0.75 à 120°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Motana Ibn Harita N° 273, 1er Etage
Bloc Atakadoun - Sidi bennoussi - Casablanca
Tél : 05 22 76 77 80

Cabinet Optic al Qods
عيادة بصريات القدس
Opticien Optométriste
Tél : 05 22 73 77 04

شارع مثنى بن حارثة رقم 273. الطابق الأول حي التقدم - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard Motana Ibn Harita N°273, 1er Etage Hay Atakadoun - Sidi bennoussi - casablanca

البريد الإلكتروني: Email: dr.karim.lamia@gmail.com - الهاتف: 05 22 76 77 80 - Tél :

INP : 09 11 44 949

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
pour Adultes et Enfants

- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Glaucome - Angiographie Numerisée - Laser
- Lentilles de Contact
- Chirurgie Réfractive
- Strabisme

**18 Septembre
2019**

الدكتورة لمياء كريم النحيلي
أخصائية في طب وجراحة العيون
للحبار والصغار

- جراحة الجلالة بالليزر
- داء الزرق - تصوير الشبكية - الليزر
- العدسات اللاصقة
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- جراحة الحول

Casablanca, le _____ في الدار البيضاء

Mme RAMLI MALIKA

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Motana Ibn Harita N° 273, 1er Etage
Bloc Atakadoun - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 76 77 80

1/ ICOMB: collyre

2 gouttes x 4/j pdt 8 jours puis X2/j pdt 8 jours,
les deux yeux

2/ ZALERG: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pdt 2 mois, les deux yeux

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Motana Ibn Harita N° 273, 1er Etage
Bloc Atakadoun - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 76 77 80

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Motana Ibn Harita N° 273, 1er Etage
Bloc Atakadoun - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 76 77 80

Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Motana Ibn Harita N° 273, 1er Etage
Bloc Atakadoun - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 76 77 80

شارع مثنى بن حارثة رقم 273 الطابق الأول حي التقدّم - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard Motana Ibn Harita N°273, 1er Etage Hay Atakadoun - Sidi Bernoussi - casablanca

البريد الإلكتروني: Email: dr.karim.lamia@gmail.com - الهاتف: Tél : 05 22 76 77 80

INP : 09 11 44 949



Mutuelle Générale de L'Éducation Nationale

M.G.E.N 21.rue halab ,mers sultan – casablanca Tel : (0522)20.32.32/45 fax : (0522) 47.30.87

Adhérent : 090264007 Bénéf : 01 RAMLI MALIKA

Date.Déc.: 11102019 Num de compte : 9MGE0880108

Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6 10/12/19

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090264007 RAMLI MALIKA

Soins Compos.: 58819423

Orig: SA09 Réf RO: N° 93415281

Acte	Dépense	Multi.	Prix Uni.	Tro Trc	Remb. R.O.	Remb. R.C.	Majo
CS	200,00	1,00	150,00	80 83	120,00	5,00	
PH0	181,70	1,00	181,70				
DP20	1200,00	1,00	400,00	100	400,00		
DP21	1500,00	1,00	400,00	100	400,00		
DP22	1500,00	1,00	400,00	100	400,00		

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 5 1320,00 5,00 1325,00

Paie. et édit. dest. : 20102019 20102019