

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Éducation :

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.

## Chirurgie :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Identifiant  
In Royal  
Casablanca

Autres

1724

Société : RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MACHROUHI LAHCEN

Date de naissance :

22 OCT. 1953

Adresse :

Résidence AL Fajr Hay AL Qods

BERNOUSSI CASA

Tél. :

0653 75 22 38 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  Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances

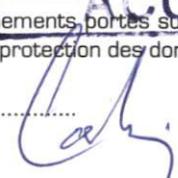
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 16/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشترأة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_ تاريخ اليداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : .....  
رقم الانحراف : .....  
رقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

علاقة القرابة .....  
بين المستفيد والمؤمن له\* .....  
العنوان : .....  
مبلغ المصاري (درهم) : .....  
عدد الوثائق المرفقة : .....

Lien de parenté du bénéficiaire .....  
avec l'assuré(e)\* .....  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن  بين

Adresse : .....  
Montant des frais (Dhs) : .....  
Nombre de pièces jointes : .....

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins .....  
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : .....  
تاريخ الازدياد : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
الجنس\* : .....  
Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

نوع العلاجات .....  
تم تقديم الظرف المغلق \* : .....  
تاريخ الحمل : .....  
التاريخ المرتقب للولادة : .....  
تاريخ الاستشارة : .....  
تاريخ الحادث : .....  
أسباب الحادث : .....  
• الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : .....  
Type de soins .....  
Maladie\*  مرض \*  Pli confidentiel remis \*  oui  non .....  
Maternité\*  أمومة \*  Date de grossesse .....  
Hospitalisation\*  إستشفاء \*  Date prévue d'accouchement .....  
Accident\*  حادث \*  Date d'hospitalisation .....  
 Date d'accident .....  
Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à : ..... حرر بـ : ..... في : .....

Le : ..... توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر بـ : ..... في : .....

Le : ..... توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الموسعة الفنية

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

\* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite



CIM - 10

**جريدة الورشات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : _____
		INP : _____
		INP : _____

INP:

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

INP: | | | | | | | |

Casablanca le 18/02/2019



عيادة بصريات القدس

Cabinet Optic Al Qod's

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

Opticien optométriste



095008959

Casa

Patente: 31611830

Tel: 05 22737704

FACTURE N°12/0015

Mme: RAMLI MALIKA..... Doit

Prescription ophtalmologue

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur :	Vision de loin O.D +2,75 (-0,50/-70°) O.G +2,75 (-0,75/-120°)	Vision de près Add +2,50 Add +2,50
---	---	--

FOURN TURES : .....

M ontur es :	.....	.....	.....
Verres : Progressif 37mm 1,67 D65	.....	.....	.....
Anti-reflet Ambris 1,67 D65	.....	.....	.....
O. D: +2,75 (-0,50/-70°)	20,00	20,00	20,00
O. G: +2,75 (-0,75/-120°)	22,50	22,50	22,50
TOTAL : .....	41,50	41,50	41,50

Arrêté la présente facture à la somme de:

Quatre Mille cent Dirhams.

ICE 001776300000095

IF 16481508

INPE 091008919

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 Numérisée - Laser
- Lentilles de Contact
- Chirurgie Réfractive
- Strabisme

الدكتورة لمياء كريم النحيلي  
أخصائية في طب وجراحة العيون  
للكبار والصغار

- جراحة الجلاة بالليزر
- داء الزرق - تصوير الشبكية - الليزر
- العدسات الاصنف
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- جراحة الحول

**18 Septembre  
2019**

**Mme RAMLI MALIKA**

**Monture + verres correcteurs progressifs**

**Antireflets, Amincis**

**VL :**

$$OD = + 2.75 (- 0.50 \text{ à } 70^\circ)$$

$$OG = + 2.75 (- 0.75 \text{ à } 120^\circ)$$

**VP :**

$$ODG = Add : + 2.50$$

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

Cabinet Optic al Qods  
عيادة القوص  
Optician Optometriste  
Tél : 05 22 73 77 04

شارع مثنى بن حارثة رقم 273. الطابق الأول حي التقدم - سيدى البرنوسي - الدار البيضاء  
Boulevard Motana Ibn Harita N°273, 1er Etagé Hay Atakadoum - Sidi bernoussi - casablanca

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

- جراحة الجلاة بالليزر
- داء الزرق - تصوير الشبكية - الليزر
- العدسات الاصنف
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- جراحة الحول

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

**Mme RAMLI MALIKA**

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

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

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

شارع مثنى بن حارثة رقم 273. الطابق الأول حي التقدم - سيدى البرنوسي - الدار البيضاء

Boulevard Motana Ibn Harita N°273, 1er Etage Hay Atakadoum - Sidi bernoussi - casablanca

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

INP : 09 11 44 949



# Mutuelle Générale de L'Education Nationale

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

Adhérent : 090264007

Benef : 01 RAMLI MALIKA

Date.Déc.: 11102019 Num décompte : 9MGE0380108

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
----	--------	------	--------	----	----	--------	------

PHO	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