

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

Informations 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.

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.

Maladie

Dentaire

N° P19-

067111

MDP = 30191

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADRI
1945

Venise

Date de naissance :

Adresse :

52- Nokallad Nokali Res. Dan Nakhal

Boulogne Casablanca

Tél. : 06 68 37 63 20 Total des frais engagés : 22.1.00 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/06/2020

Signature



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.

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 الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول ملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحال، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

تأمين إجباري 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 الاختراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Nom et prénom : BEN HACHEM EL HARROUNI

110781

442076025

938040

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن العنوان :
Adresse : 58 Nakkad Akli les Dan Neklup

Montant des frais (Dhs) : 821,00 مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 5 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M

F

ذكر

أنثى

Identification du médecin traitant تعرف الطبيب المعالج

N° INP

091219642

Type de soins

Maladie *

مرض *

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

...

Date d'accident :

Date d'accident :

...

Causes :

أشهد بصحمة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : Casablanca

le : 24/07/2019

محل إقامته (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 22/07/2019

محل إقامته (لها)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

أشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

جريدة الوصفات التي قم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملات المساعدين الطبيين



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

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

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	21/01/2020	Virement	-	1 000,00	520,00	130,00	650,00
1	-	30/12/2019	Virement	-	980,80	543,56	197,24	740,80
1	-	20/09/2019	Virement	-	929,40	490,92	75,00	565,92
1	-	04/09/2019	Virement	-	221,00	64,00	3,00	67,00
1	-	05/08/2019	Virement	-	1 500,00	640,00	80,00	720,00
1	-	24/07/2019	Virement	-	713,50	120,00	5,00	125,00
1	-	18/06/2019	Virement	-	875,40	602,78	100,56	703,34

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين

الطب العام
داء السكري و الحمية
الشخص بالصدى - طب الشفط

Casablanca, Le: 22/07/19



BENHACHEM EELHARRAUNI

LADRAAT



PPV20DH00
PER.02/22
LOT:1521

1) DolGrippe

200 ml 1 st x 3

2) Broncoliber sirop

100 ml x 3

7100

PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme DIAOUDI
100, Bd Med El Meknassi Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 27 22

Dr Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie Nutrition
El Fardi, Appt. N° 4, 1er étage - Casablanca
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Chouja
Tél. 05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
dr.salimamal@gmail.com

Angle Bd. Bourgogne et rue Abou Chouja
El Fardi, Appt. N° 4, 1er étage - Casablanca

05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
dr.salimamal@gmail.com

MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE .MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3, AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000057797054

Accusé de Réception

N° Réception : 57797054
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 26/07/2019 11:38
Lieu de réception : CASA LAMANE 45004
Valeur du dossier : 221,00
Nombre de pièces : 5
Code Agent : M4S0249

Code Etablissement :
Etablissement :