

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-549577

ND: 32274

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12706

Société :

RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Rhita EL KARRouri

Date de naissance :

10/03/1985

Adresse :

Tél. :

0666957545

Total des frais engagés :

818,10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 l'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à :

Le : 08/07/20

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 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 المشتركة وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تنتهي إليها في غرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة الملاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حود شهرین (60 يوماً) من تاريخ انتهاء الملاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً لمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Téléphone :
Email :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Jaidi Nour

55222

710601

AB111927

ابن

Conjoint

Zوج

Enfant

العنوان : Résidence El Mansour Tmb 46. Appart 4
BD Ghandia 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 818,10, DHS

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي :

Jaidi Maria

ال المستفيد من العلاجات

نوعية الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

M ذكر

F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

تم تقديم الفرق المغلق * : (Oui) (Non) :
تاريخ الحمل :

التاريخ المرتفق للولادة :

Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشفاء :

Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Pli confidentiel remis * : (Oui) (Non) :
Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : Casablanca

le : 09/01/2020

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

أنتظراً الخاتمة

يمتنع منعاً كلباً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

description des actes effectués

وصف العملات المحا

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي و ملابع الصيدلي او مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان الملفوف Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
<p style="text-align: right;">R.C.</p> <p style="text-align: right;">B.D. de la CORNICHE</p> <p style="text-align: right;">C/C Anta PLACE</p> <p style="text-align: right;">265000</p> <p style="text-align: right;">HARMAIC ANFA PLACE</p>	58,10	٢٠١٦/١٠/١٦

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

الطباطبائي المساعدون عمليات

Actes Paramédicaux

Actes Paramédicaux

Dr. Mohammed Bennouna

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Lille (France)
Réanimation Néonatale
ph. Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique
Diplômé de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat - Paris



الدكتور محمد بنونا

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

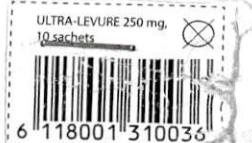
إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشاع الداخلي للأطفال (باريس)

09.01.2020

Casablanca, le

الدار البيضاء، في



Nourrisson JAIDI MARIA

Age : 14 mois 2 jours
Poids : 10,40 Kg

1 ULTRA LEVURE 250 MG SACHETS

Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant la diarrhée

2 ENTEROGERMINA

1 boite

Donner un flacon / jour pendant 10 jours

3 APIRETIL SOLUTION ORALE 100 MG / ML

1 boite

Donner dose 11 kg toutes les 6 heures si température sup à 38°

4 VARIVAX VACCIN

une inj en IM

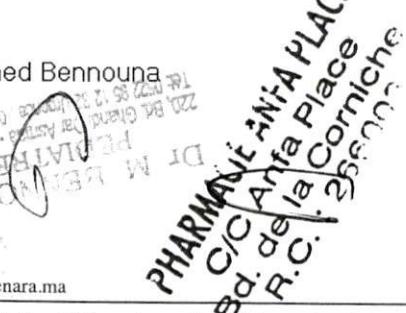
5 ENGERIX B 10 µg/0,5 ml susp inj en seringue préremplie : Ser préremplie/0,5ml

Une injection en IM

T=568,10

Dr Mohammed Bennouna

220 Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72



E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72, شارع غاندي، دار أسماء (قب بيزا هوت) الطابق 1 ، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 06 61 14 73 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72



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

REJET 1

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
3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
4	-	20/04/2020	Virement	-	3 797,80	724,68	71,78	796,46
	61283812	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI RYAD	430,70	222,20	28,36	250,56
	61283765	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI RYAD	818,10	159,20	13,96	173,16
	61283545	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74
	61283670	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI RYAD	2 150,00	160,00	10,00	170,00

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR 1
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061283765

Accusé de Réception

N° Réception : 61283765
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI RYAD
Rang Bénéficiaire : 11

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 28/02/2020 10:54
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 818,10
Nombre de pièces : 5
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :

