

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.

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.

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.

Maladie :

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- 047095

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6609 Société : Ramo = 32261
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite
Nom & Prénom : BEN-CHADHI El Houssain
Date de naissance : 01/07/1972
Adresse : même adresse
Tél. : 0661350955 Total des frais engagés : 1386 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age :

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 : CASM Le : 31/03/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



12:46





Remboursements



PAYE

27/04/2020

1 dossiers | 775.00 DH

N° dossier

61238195

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire



SERHANE RABHA

Frais engagés

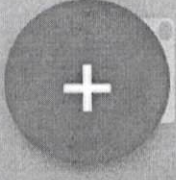
1386.1 DH

Remboursé

775 DH



CENTRE D'APPELS CNOPS
053 800 20 20
0,35 dh/min tel. fixe et 1,20 dh/min tel. mobile



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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

O.M.F.A.M

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : SERHANE RABHA

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 50, Rue Leonard de Vinci

Montant des frais (Dhs) : 1386,10 Dhs

Nombre de pièces jointes : (04)

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : DR. MAAROUF SCHERPARADE

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ☐ ذكر

Féminin ☒ أنثى

Signature du médecin traitant

توقيع الطبيب المعالج

N° INP :

Type de soins :

Maladie* ☐

Maternité* ☐

Hospitalisation* ☐

Accident* ☐

confidentiel remis* : ☐

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 31/01/2020

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

أصحر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

Le : 31/01/2020

توقيع الطبيب المعالج

Signature du médecin traitant

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien le ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31.07.20	86,10	<p>153, Rue Habachou Bd Day Ould Sidi Baba Mrb <u>Casablanca</u> - Casablanc</p>
	INP : 092078385	
	INP :	
	INP :	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

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
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Dr. Maâroufi Scheherazade

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Laser

Diplômée de l'Université de Montpellier



الدكتورة معروفى شهرزاد

إختصاصية في أمراض

جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولى

Casablanca, le 31/01/2020

Une SERTHANE - RABHA :

- Timabak 0,50 :

86,10

1 pte e 8h

1 pte e 20h



TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAHOUDI

Dr. MAAROUFI Scheherazade

Ophtalmologiste

40, Rue des Hôpitaux

Tél.: 0522 26 80 59 - CASABLANCA

150, Rue des Hôpitaux
2000, Casablanca
2000, Casablanca

40, زقة المستشفيات (مقابل مركز التشخيص ابن رشد) جناح 28 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.26.80.59

40, Rue des Hôpitaux (en face du centre de Diagnostic Ibn Rochd) Pavillon 28 - Casablanca - Tél. : 05 22.26.80.59

Dr. Maâroufi Scheherazade

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Laser

Diplômée de l'Université de Montpellier



الدكتورة معروفى شهرزاد

إختصاصية في أمراض

جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولى

Casablanca, le

31/01/2020

M^{lle} SERHANE - RABHA

- une séance de laser
YAG (capsulotomie
OE) pour opacification
de la capsule post(OE)

Dr. MAAROUI Scheherazade

Ophtalmologiste

40, Rue des Hôpitaux

Tél.: 0522 26 80 59 - CASABLANCA

40, زقة المستشفيات (مقابل مركز التشخيص ابن رشد) جناح 28 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.26.80.59

40, Rue des Hôpitaux (en face du centre de Diagnostic Ibn Rochd) Pavillon 28 - Casablanca - Tél. : 05 22.26.80.59

FACTURE

N° : 127144 / 2020 du 31/01/2020

Médecin traitant : DR. MAAROUFI CHAHRAZAD

LASER YAG

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme SERHANE RABHA	PAYANT	31/01/20 31/01/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
LASER YAG		1,00	500,00	500,00
			Sous/Total	500,00
			Total clinique	500,00

DR. MAAROUFI CHAHRAZAD (ophtalmo)	1,00	800,00	800,00
		Sous/Total	800,00
		Total autres prestations	800,00

Arrêtée à la somme de :	
MILLE TROIS CENTS DIRHAMS	
	TOTAL GENERAL 1 300,00

BANQUE. P AGENCE AL HADIKA 190 780 21211 9303675 0001 60

Dr. MAAROUFI Scheherazade
Ophtalmologiste
40, Rue des Hôpitaux
Tél.: 0522 26 80 59 - CASABLANCA

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - R.C : 74087

Patente : 35504150 - ICE : 001540813000088

Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

35504150 - رقم الترخيص: 01020458 - س.ت: 74087 - الهاتف: 05 22 22 12 96

05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

www.cliniquerachidi.com - 05 22 22 03 57

Royaume du Maroc



MME RABHA SERHANE
NO 21 R ARROUANI A8 OASIS

CASABLANCA
20100 CASABLANCA MAARIF

000061238195

Accusé de Réception

N° Réception : 61238195
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : SERHANE RABHA
Immatriculation : 43216437 / 040093366
Nom et Prénom Bénéficiaire : SERHANE RABHA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM
Date et heure : 26/02/2020 13:32
Lieu de réception : CASA SIEGE 40134
Valeur du dossier : 1386,10
Nombre de pièces : 4
Code Agent : M4M0525

Code Etablissement :
Etablissement :