

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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 canalaire, 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 canalaire.

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

45316

Déclaration de Maladie : N° P19-0005105

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Veuve

Nom & Prénom : HADAL Laabak Date de naissance : 17/12/1955

Adresse : 58 Nakhalat Akili Res. Dan Nakhl Ben Yagfus Leida

Tél. : 06.68.37.63.20 Total des frais engagés : 375,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Notez

Le : 26/12/2020

INSTRUCTIONS A SUIVRE

tablir une feuille de soins par personne et ar événement.

a feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

e nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

es prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

a 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 suivant la fin du traitement.

e remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

es risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

oute 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 عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار 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 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 : تاريخ الإيداع :

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)

الاسم العائلي والشخصي

رقم الإنخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

BEN HACHEM EL HARROUNI lachaf

110781

442076025

838040

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

Conjoint Enfant ابن

adresse : 58, Nekhal Al Khayr, Dan Nakhla العنوان :
Barriag el khayr Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 375,80 مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 6 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médden traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP 091219648

Type de soins

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis* :	Oui	Non
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse :		
Hospitalisation*	استشفاء *	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 - avant.

Fait à : Casablanca
le : 31/8/2020 في :

توقيع المؤمن له (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 : 07/08/2020 في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Médecine Générale
Diabetologie Nutrition
Angle Rd. Bourgogne et Rue Adolphe
El Fardi Appt. 4 Casablanca
Tél : 05 22 26 34 66

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
ées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
PHARMACIE EL HASSI Mr. DRISS 100, Bd Mouloud Maâaoui Bourguiba Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31 	175,80	7/8/2020
	INP 292012434	
	INP 4111111111111111	
	INP 4111111111111111	
	INP 4111111111111111	

INP LELDING

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

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 والحمية

الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 07/08/2020

N^e BGNHACHEM EL HARRAUNI

LADRAF

1.00

✓
S

1) Delicium 75 g
18/j x 05 jrs

10.50

2) D₃ Normal
10 gttes/j

5.30

3) Ventoline spray
1 bffé x 2/j au besoin

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie et Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa
El Fardi, Appt. N° 4, 1er étage
05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
05 22 26 34 86
dr.salimamal@gmail.com

LOT 181659
EXP 10/2021
PPV 51.00 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

MELICAM IPHARMA - Méloxicam 7,5 mg
20 comprimés sécables



Lot: 200238
A consommer
avant le: 04/2023
PPC: 79,50 DH

The 1558 HADRI Lachab

