

**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

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



45316

Déclaration de Maladie : N° P19-0005105

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veulle
Nom & Prénom : HADJI Lahat Date de naissance : 17/9/45
Adresse : 58, Nakhalat Akili Res. Dan Nakhalat Boumgague Casablanca
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 Le : 26/10/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

tablir une feuille de soins par personne et ar événement.

a feuille de soins doit être accompagnée de utes les pièces justificatives originales rdonnances médicales, factures, résultats es examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

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

a feuille de soins ainsi que les pièces ustificatives doivent être présentées à votre utuelle dans les deux mois qui suivent le remier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier oit être présenté dans les soixante (60) jours ui suivant la fin du traitement.

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

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

oute personne coupable de fraude ou de fausse éclaration pour obtenir des prestations qui e sont pas dues, est passible des sanctions gales et réglementaires.

l'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des onditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون 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 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 غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

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 :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom BÉNHAÏEM EL HAROUÏ Lachaf

N° Affiliation : 110781

N° Immatriculation : 442076025

N° CIN : 838040

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse 52, Abdelkader Akili, Pers. Dan, Wajdi, 14

Barrage Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 375,30

Nombre de pièces jointes : 6

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP 091219642

Type de soins

Maladie * مرض

Maternité * أمومة

Hospitalisation * استشفاء

Accident * حادث

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse : تاريخ الحمل

Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة

Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء

Date d'accident : تاريخ الحادث

Causes : أسباب الحادث

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

Fait à : Casa

le : 21/8/2020

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casa

le : 07/08/2020

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

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

* أنشط الخانة
Dr. Abdelkader Akili
Médecine Générale
Boulevard de la Liberté
El Fardi Apt. 4 Casablanca
Tél : 05 22 26 34 66

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM-10

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

التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
7/8/2020	175,80	<p>PHARMACIE EL MOTNE</p> <p>Mme EL MOTNE</p> <p>100, Bd Mohamed El Mekassi Bourguiba</p> <p>Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31</p>
	292012434	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

Actes Paramédicaux

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

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
بورديو، رين

الطب العام
داء السكري و الحمية
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 07/08/2020

M^{re} BENHACHEM EL HARRAUNI

LADRAT

1) Telicam 75 g

1 g/j x 05 j

2) D₃ Noum

10 gtt/j

3) Ventoline spray

1 bff/j x 2/j au besoin

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa
El Fardi Apt. N° 4, 1er étage - Casablanca
Tel : 05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48

LOT 181659
EXP 10/2021
PPV 51.00DH

MELICAM IPHARMA - Méloxicam 7,5 mg
20 comprimés sécables



6 118000 210184

D3NORM[®]

COMPTES BUVABLES



8 051128 632675



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

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

