

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 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

45312

Déclaration de Maladie : N° P19-0005101

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9558

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Veuve

Nom & Prénom : HADEL Laachat

Date de naissance : 17/9/45

Adresse : 58 Nekkallad Akli les Nakhl Boujedou Cas

Tél. : 06.68.37.63.20

Total des frais engagés : 323,00

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 : Casab

Le : 26/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 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.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :	_____ _____ _____ _____
Date de dépôt du dossier :	_____ _____ _____ _____

موقـع وطـبعـ العـاصـيـة

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، 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 وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مراجع رقم

N° Bordereau :
N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ا) (ب)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم الإنخراط :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج ○ Enfant ابن ○
 العنوان :
Adressse 52, Mellah el Akli Res. Dan Nakhl
Bouneffouf Casablanca
Montant des frais (Dhs) : 323,00
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe * :

.....

.....

M ○ ذكر F ○ أنثى

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس * :

Identification du médecin traitant

N° INP :

BB 704 6781

Type de soins :

Admission ALD* :

Oui Non

N° Dossier ALD* :

.....

Code ALD :

.....

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني للإستدلال للمارس :

نوع العلاجات :

قبول المرض المزمن المزمن

رقم ملف المرضى :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق :

نوع الاعلاجات :

جحر بـ :

في :

جحر بـ :

في :

Soins ambulatoires* ○ علاجات خارجية* ○
Hospitalisation* ○ Pli confidentiel remis* : Oui Non
Astérisque * Date d'hospitalisation :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 25/05/2020 في :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 27/05/2020 في :

توقيع وطابع المكتب المختص المسئولة الصحية
Cachet et Signature de l'agent traitant ou de l'établissement de soins.

Dr. Abdellah BOUCHA
Rue Al-Mansoura 224
Etablissement de soins
Signature de l'assuré (e)

* أشطب الخانة

نحو مثلكما يتعذر بها الطبع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصيفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفقيذ Date d'exécution	الثمن المقوّى Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٤ ٥٥ ٢٠٢٠	١٢٣,٠٠ INP (٠٩٢٤١٢٦٣٤)	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

مطبخ المعاذين الصين

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطلب المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الجلول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca , le 27/12/20..... الدار البيضاء ، في



Honor num

1,00x3

600 cannes 63 Reuter

g x 3

3 nos

Lot 490513
Fab 11/2019
EXP 10/2022

Code CIP 13



Code CIP 13
3400933194819

Lot 490513
EXP 10/2022
Fab 11/2019

123,00



Dr. Abdelhak BOUCHTA
Chirurgien Ophtalmiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

