

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.

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.

Prothétique :

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

45310

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005102

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Jeune

Nom & Prénom : HADEL Lachat Date de naissance : 17/9/45

Adresse : 58, N. Kellad Akli, Res. Nakif, Boul. Boughrara, Casablanca

Tél. : 06 68 37 63 20 Total des frais engagés : 790,80 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) : 

Le : 26/12/2012

ACCUEIL

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 المشتراء وأثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تتبعون 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض الدهنية 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 مسيّر ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاونية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢٠/١١/٢٢



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

خاص بالمومن له (ها)

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom BENHACHEM EL HALLOUNI hadj

110784

N° Affiliation :

٤٤٩٥٧٦٥٩٨

N° Immatriculation :

٣٨٥٤٥

N° CIN :

٣٨٥٤٥

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ابن ○

Adresse ٥٨ Nakkad Akli Des Dan Nakkad Benyagoub

Montant des frais (Dhs) : ٧٥٠ , ٨٠

Nombre de pièces jointes : ٢

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

BENHACHEM LAZRAH

Date de naissance :

٢١٩٤٦

N° CIN :

٣٨٥٤٥

Sexe * :

انثى ○ M ذكر ○ F

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي

تاریخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس * :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

N° INP :

٤١١٩١٠٩١٢

Type de soins :

Admission ALD* :

Oui ○ Non ○

N° Dossier ALD* :

Code ALD :

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق : ○ علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* : Oui ○ Non ○

Hospitalisation* ○ استئناف * Date d'hospitalisation : ٢٠٢٠/١١/٢٢

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : Casablanca

le : ٢٠٢٠/١١/٢٢

في :

توقيع (الطباطبى) (الطباطبى)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : ٢٠٢٠/١١/٢٢

في :

توقيع الطبيب المعالج المذكورة

Cachet et Signature du Médecin traitant et du pharmacien dispensant les soins.

CARDILOGUE

94, Rue Al Araar (Ex. Gay El Hachem)

* اثبات المرض المزمن

يمنع منع المعاشرة من هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

CIM - 10

م تفہیڈا و التجهیزات الطبیۃ المعموۃ Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التليفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
<u>26</u> <u>05</u> <u>2020</u>	490.80 INP : 149120124134	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	

Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : 					
INP : 					
INP : 					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

التاريخ 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"/>					

CIM - 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



DR Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque
Membre de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 28.05.2020

Benhachem ladrat

Q800X2



Xedilol 25 : 1/2 cp / j matin

28 AMEP 10 : 1 cp / j matin

490,80

4 mois

Dr Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue AL ARAAR (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 01
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires
94.Rue AL ARAAR (Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55) - Casablanca -
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58 **uniquement SUR RDV**

Urgences de nuit : clinique Franceville (Bd Ghandi)

ECG

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES DOCTEUR A. DOUIEB

94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

NOM:BELHACHEM LADRAT ID :CNIOPS Sexe : Age : Date Test :28-05-2020 12:31

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	428 ms
Durée Ech.:	8 s	Intervalle QTc :	435 ms
FC :	62 bpm	Axe P :	62.1°
Durée P :	120 ms	Axe QRS :	-6.6°
Durée QRS :	87 ms	Axe T :	47.6°
Durée T :	311 ms	RV5/SV1:	0.74/0.87mV
Intervalle PR :	201 ms	RV5+SV1:	1.61mV

Suggestion :

Docteur Abdelloujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94,Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 01
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Signature Médecin: