

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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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

Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7669 Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : GUERMOUDI Amina

Date de naissance : 19/11/59

Adresse :

Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 1905,04 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 : Casab Le : 21/11/20

Signature de l'adhérent[e] : b

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.

Cachet et signature de la mutuelle

0661.9157.02

توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢٠/٠٩/١٦

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (الها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

EL ARCHI Ahmed

N° Affiliation :

397010

N° Immatriculation :

731 397010

N° CIN :

B2223911

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*Conjoint زوج Enfant ابن Adresse : Résidence LAIMAUNE 1 lot N°46
CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

190540

Nombre de pièces jointes :

Tous (03)

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

EL ARCHI Ahmed

Date de naissance :

17/05/1955

N° CIN :

B2223911

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

* N° INP

1	1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---

Type de soins

Maladie* مرض *Maternité* أمومة *Hospitalisation* إستشفاء *Accident* حادث *Pli confidentiel remis* : oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تم تقديم الظرف المغلق* :

تارikh الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تارikh الاستشفاء :

تارikh الحادث :

أسباب الحادث :

تعريف الطبيب المعالج

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

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

Fait à : 16/09/2020

Le : 16/09/2020

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 06/09/2020

Le : 06/09/2020

Signature de l'assuré(e)

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

* اشطب الخانة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ 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
04/09/20	52.80	Dr BEN ABDIA KARIM Pharmacien Dar Assalam 32 Opér. 100 Assalam Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31
	092020379 INP : <input type="text" value="092020379"/>	
	INP : <input type="text" value="092020379"/>	
	INP : <input type="text" value="092020379"/>	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

علمات العناية في الماء

تاریخ 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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

مركز العلاج الكندي CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

NPE : 090001405

CASABLANCA, LE

06/05/2022



090001405

Mr ELARCHEL Ahmed

52,8

Oedes 2

SV

14 x 14

Dr. Ahmed ELARCHEL
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Rue Bachir Laiif
3ème Etage Port 17 - Casablanca
Tél. : 05 24 99 59 11

OEDES 20mg

14 gélules



6118001100071

LOT 191342
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

Dr BINYADDA
Pharmacie Dar As
320 Operation As
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 22

RADIOOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGR - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الاشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الاكترونات حامل للسكنار - الجراحة الاشعاعية
العلاج الاشعاعي البالطي و الفياص - الاشعاعي النووي - العلاج الكيميائي البالطي - الإستشفاء

CASABLANCA 32000

Mme/Mr. : EL AANCHI Ahma

- NFS + PLAQUETTES
 UREE + CREATINEMIE
 GLYCEMIE
 TRANSAMINASES (TGO + TGP)
 GGT + PHOSPHATASES ALCALINES

-

RDV, le : 03

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma

العنوان الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع عيسينا، بول بيهضا، معاويف، المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DOUALAB

Dr DADOUNE Loubna

Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Immunologie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa

(Près Rond point CHEHDIA)

Casablanca

Tel : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700

Casablanca le 11 septembre 2020

Monsieur EL ARCHI AHMED

FACTURE N°	180502
------------	--------

Analyses :

Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	
Bilirubines Totale, libre et conjuguée -----	B	70	
Gamma -G.T. -----	B	60	
Transaminases -----	B	100	
Phosphatases alcalines -----	B	50	
Vitamine D2D3 -----	B	420	
PSA TOTAL -----	B	250	Total : B 1140

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
	TOTAL DOSSIER		1 552,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Cinq Cent Cinquante Deux Dirhams et Soixante Centimes

DOUALAB
 Dr. DADOUNE Loubna
 Laboratoire d'Analyses Médicales,
 301 Lot Haj Fatah Oulfa - Casablanca
 Tel : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700

INPE: 0004333000 00002
 IF: 0048 16 NOV

INPE: 093063246



EL ARCHI

AHMED

9771

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L
'AVIATION

CASABLANCA

Objet : Remboursement des frais medicaux (10/2020)

J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- Un virement bancaire sur votre RIB n: 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N Recu	Date depot	Frais engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
63611192	23/09/2020	1905.4	PHARMACIE ANAM ACTES DE BIOLOGIE CONSULTATION SPECIALISTE	52.80 1,552.60 300.00	52.8 1254 200	1506.8

Salutations mutualistes.