

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0433 Société : 161181

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mme Guessous Naima Née Elgoti

Date de naissance :

Adresse : 109 Rue Lalla Hayat Hay Salam

Tél. : 05 22 36 22 53 Total des frais engagés : 15 19,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Guessous Abderrazzak 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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

guessous

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 CNOAPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et tampon de l'assuré

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Instructions à suivre

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque maladie et pour chaque événement.

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.

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque maladie et pour chaque événement 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 CNOAPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

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

Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : GUESOUS ABDERRAZAK

N° Affiliation :

رقم الانخراط :

N° Immatriculation :

رقم التسجيل :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

العنوان : 109 RUE LALLA HAYA ANGLE RUE
TAMARIS - HAY SALLAM - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1549,80 Dhs

Nombre de pièces jointes : 15

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : GUESOUS ABDERRAZAK

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

الجنس* :

Identification du médecin traitant

N° INP

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD* :

قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* :

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

رقم المرض المزمن :

Oui ○ Non ○

تم تقديم الظرف المغلق : Oui ○ Non ○
Hospitalisation* ○ Date d'hospitalisation : 11/16/18 14:00:00

أشهد بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
J atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

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

Fait à : 109 RUE LALLA HAYA
le : 11/16/18

Fait à : 109 RUE LALLA HAYA
le : 11/16/18

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصكبة

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

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

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع ملء كل باب من هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفقيدي Date d'exécution	النعن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23/6/23	849,80	
	INP : 09842656	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعه و الصور

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 و طابع طبيب الأشعة او الاحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
		INP :	<input type="text"/>		
		INP :	<input type="text"/>		
		INP :	<input type="text"/>		

INP :

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدين عمليات

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					

INP : | | | | | | | |



دكتور حميد فكاك
المسالك البولية 2 مارس

Docteur Hamid Fekak
Membre de l'European Association of Urology et de la Société Internationale d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie des reins et des voies uro-génitales, Laser Prostate
- Cancérologie Uro-génitale
- Sténose Pelvienne et incontinence urinaire
- Infertilité masculine et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser des Calculs urinaires
- Circumcision
- Échographie et explorations Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك
عضو الجمعية الأوروبية
والمالية لجراحة الكلى
والمسالك البولية
*البراحة والقصور والمنظار
للمسالك البولية والتناسلية
*الخصمي سطار الكلى
والمنادب والبروستاتا
*المسالك البولية
*العمق والعمق التنسج
*الختار
*دكتور بجامعة لحسون
الكلى والمسالك البولية
*القصور والقصور

Professeur Hamid Fekak

الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales
Enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية

23/06/2020

Mr GUESSOUS Abderrazzak

UMAX 0,4 mg

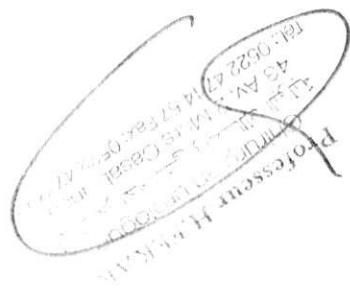
1 comprimé le soir au coucher, pendant 6 mois

12140
X7



84980

Dr. HAFID FEKAK
43 AV. 2 MARS CASABLANCA
TÉL: 0522 471457
FAX: 0522 471458
GSM: 0665 405901
hafekak@yahoo.fr



ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,
1^{er} étage, N°1
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901
hafekak@yahoo.fr



Docteur Hamid Fekak
Membre de l'European Association of Urology et de la Société Internationale d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie des reins et des voies uro-génitales, Laser Prostate
- Cancérologie Uro-génitale
- Stétiqe Pelvienne et incontinence urinaire
- Infertilité masculine et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser des Calculs urinaires
- Circuncision
- Echographie et explorations Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك
عضو الجمعية الأوروبية
والمالية لجراحة الكلى
والمسالك البولية
*اللراحة والفحص بالمنظار
للمسالك البولية والتناسلية
*اخذ الماء سطوي اسفل
والمناعة والبروستاتا
*السلسل البولي
*العمق والعمق النسبي
*الختار
*فتح بيتوز لجراحة لحصى
*اسفل والمسالك البولية
*فتح الصدري

Professeur Hamid Fekak

الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales
Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
أستاذ جراحة المسالك البولية والمسالك البولية

Casablanca le

23/06/2020

NOTE D'HONORAIRES

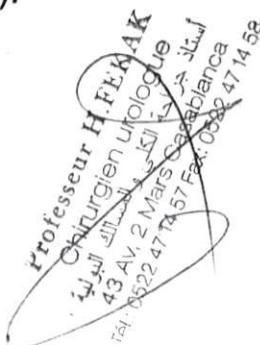
Nom et Prénom : Mr GUESSOUS Abderrazzak

Nature de l'acte :

- ✓ *Consultation* =300dhs
- ✓ *Echographie renale et vesico-prostatique* =400dhs

La présente note d'honoraires s'élève à la somme

De : Sept cents dirhams (700dhs).



ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,
1^{er} étage, N°1
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901
hafekak@yahoo.fr

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعرف

ABDERRAZAK

GUESSOUS

Né(e)

01.01.1936

à OUJDA

Validé jusqu'au

24.10.2018

المدير العام للامن الوطني

الشرفي اصبع

عبد الرزاق

كوس

مرداد تاريخ

ب وحدة

صالحة الى غاية

B7823

MD

الشرفي اصبع



الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي
C N O P S - RABAT

POLICE

Nom : GUESSOUS

Prénom : ABDERRAZAK

Né (e) le : 12/09/36

Org. : RETRAITE

Immatriculation

رقم التسجيل

S. O. M. / Etab. / Pens.

241

025761

رقم الانخراط

007152

Date affiliation

01/12/57

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعرف

NAIMA

نسمة

JOTI

جوطي

Née le

03.03.1941

مرداد تاريخ

à OUJDA

ب وحدة

Validé jusqu'au

23.10.2018

صالحة الى غاية

المدير العام للامن الوطني

الشرفي اصبع

B9125

FA

صالة إلى غاية 24.10.2018

ابن عبدالسلام بن بناصر
و زوبيدة بنت عبدالسلام

العنوان 109 زنقة عين لالة حية زاوية زنقة طماريس حي السلام البيضاء

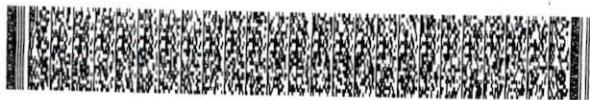
Fils de ABDESSLAM ben BENNASSER.

et de ZOUBIDA bent ABDESSALAM

Adresse: 109 RUE AIN LALLA HAYA ANGLE RUE TAMARIS HY ESSALAM

CASA

N° état civil 1560/1955/1955 رقم الحالة المدنية Sexe: M الجنس



Conjoint

الزوج (ة)

JOTI NAIMA الاسم والنسب

18/03/59 متزوج (ة) بتاريخ

SANS المهنة

الابناء

ناتج الزواج

الاسم تاريخ الازدياد

24/09/79 HANAE



N° B9125 رقم Valable jusqu'au 23.10.2018 صالة إلى غاية

بنت العادي بن -

و زهور بنت ادريس

Fille de EL HADI ben -
et de ZHOR bent DRISS

العنوان 109 زنقة عين لالة حية زاوية زنقة طماريس حي السلام البيضاء

Adresse: 109 RUE AIN LALLA HAYA ANGLE RUE TAMARIS HY. SALAM CASA

N° état civil 408/1952 رقم الحالة المدنية Sexe: F الجنس



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
BP 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT, le 08/02/2016

MR GUESSOUS ABDERRAZZAK
SALAM
N109 R AIN LALLA HAYA HY
CASABLANCA
20200 CASABLANCA HAY HASSANI

Objet: Renouvellement automatique de l'exonération du ticket modérateur.
Réf : Dossier n°:16895864 du: 08/02/2016
Immatriculation:24025761
L'assuré: GUESSOUS ABDERRAZZAK
Bénéficiaire:GUESSOUS ABDERRAZZAK (01)

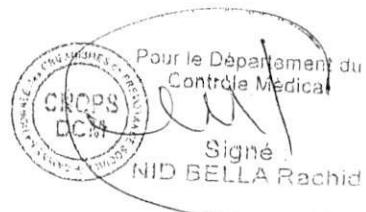
Madame, Monsieur,

Suite à l'expiration de l'accord cité en référence, nous avons l'honneur de vous faire part du renouvellement automatique de votre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 16895864
- Code affection: T053
- Validité de l'Accord: du 22/03/2016 au 22/03/2021

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



COMITE : PP CASA

DATE.....

N° Reçu..... 9743 /COMITE/2020

Affiliation..... 7152

Adhérent : Bussone 4 NOV 2020

Nombre de dossiers..... (61) 1549,80€

Frais engagés :.....

Signature et cachet du trésorier :

N.B : ce reçu est exigé pour le règlement des
Prestations.