

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

tions 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.

diologie 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.

otique :

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

ééducation :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 71660

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GUERMOUDI Amina

Date de naissance :

19/11/59

Adresse :

N° 66, lotissement Palmeline 1
casa

Tél. : 066.165.60.39

Total des frais engagés : 3.204,44 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 : 21/12/2020

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 patients 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

06.61.91.57.02

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] []

تاريخ اليداع : [] [] [] [] [] []

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمومن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة

بين المستفيد والمومن له *

العنوان :

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

ELAROCHT Ahmed

397010

731 397010

B222391+

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

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة

Adresse :

Lotissement LAOUNÈ, lot N°46

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

32.04.10 Dhs

Nombre de pièces jointes :

02 (Deux)

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

ELAROCHT AHMED

17/05/1855

8222391+

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ذكر

Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

* N° INP

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 :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 28/10/2020

توقيع مومن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à :

Le : 28/10/2020

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصناعية

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

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* اشطب الخانة

يمنع منع مطلق اكلي أي هذا المطبوع

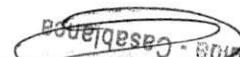
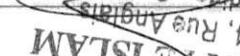
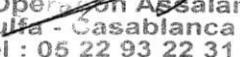
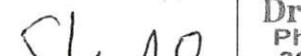
Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/10/2020	29000	         
21/10/2020	     	     
		<p>Dr BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32 Avenue Assalam Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31</p>

INP: | | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصو

INP: | | | | | | | | |

Artes Paramédicaux

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

INP: | | | | | | | |



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0000774

M

EL ARCHI

Casablanca, le

27/10/20

AHMED

Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
CRTRA AR	OD OG	OD OG	OD OG	OD OG
② Monture	Métal	Plastique		900,-
V.L. : - OD	(83 - 0.50) + 0.6			500,-
- OG	(91 - 0.75) + 0.71			800,-
V.P. : - OD	(83 - 0.50) + 3			500,-
- OG	(91 - 0.75) + 3.25			500,-
ADD./				500,-
TOTAL	LUNETTE ISLAM			2900,-

Arrêtée la présente facture à la somme de

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعصيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : **21 Octobre 2020**

Mr. ELARCHI Ahmed

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6118001100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUD.

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.50 (- 0.50 à 83°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 91°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 3.00 (- 0.50 à 83°)

OG = + 3.25 (- 0.75 à 91°)

SL, 10

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois


MDP
9882
Objet : Remboursement des frais médicaux (12/2020).

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° Reçu	Date dépôt	Frais engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé (Par dossier)
64315955	03/11/2020	3204,1	CONSULTATION SPECIALISTE	250	200	2054,1
			UNE MONTURE	900	600	
			UNE PAIRE DE VERRES DE LOIN	1000	600	
			UNE PAIRE DE VERRES DE PRES	1000	600	
			PHARMACIE ANAM	54,1	54,1	

Salutation mutualistes
Pour plus d'information, contactez le centre d'appel Allo-MODEP 05 22 400 777.