

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractéristiques personnelles.

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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0002090

ND: 52445

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 18907 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAAD Mousliki

Date de naissance : 08/01/1987

Adresse : Quartier Almag Ambard, FF32, Casablanca

Tél. : 0666 123 149 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



ACCUEIL

Date de consultation : 28/09/2020

Nom et prénom du malade : Samia EL MALIKI Age : 31

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

Le : 22/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 suivant 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 لاحب المعاشر

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 واثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تنتهي 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التغطية من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغاضي



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ١٦-١١-٢٠٢٠



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **اللحج ساد ELMALY H SANAH**

رقم الانخراط : **385534**

رقم التسجيل : **439910774**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BK 358278**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **Quartier Almaz Rés Ambassade G.H12**

.....
.....

Montant des frais (Dhs) : **300,00**

مبلغ المصاري (درهم) : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : **ELMAW H**

نомер الميلاد : **٤٩/٠٧/١٩٨٩**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BK358278**

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ♂ F ♀

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ELMAW H**

نомер الميلاد : **٤٩/٠٧/١٩٨٩**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BK358278**

الجنس* :

Identification du médecin traitant

N° INP :

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

Fait à :

حرر بـ :

le :

في :

نحو :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أشهر بمحض نفسه و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessous être vérifiables

Fait à : le : في :

..... في :

توقيع و كلام الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

يمنع بيعه كذاك في هذا المطبوع

CIM-10

جزء الومعات التي تم تنفيذها و التجهيزات الفنية المعاونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي وظيفي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفoter Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INP. LILLIENBERG

Actes Paramédicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
64572933	19/11/2020	Payé en : 29 jours	-	EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573047	19/11/2020	Payé en : 29 jours	-	EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573080	19/11/2020	Payé en : 29 jours	-	EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573107	19/11/2020	Payé en : 29 jours	-	EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573135	19/11/2020	Payé en : 29 jours	-	EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00
1	-	13/04/2020	Virement	-	2 000,00	1 755,00	0,00	1 755,00
- 2	-	16/01/2020	Virement	-	1 000,00	280,00	70,00	350,00
60063402	20/12/2019	Payé en : 27 jours	-	EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
60063418	20/12/2019	Payé en : 27 jours	-	EL MALYH SANAA	700,00	160,00	40,00	200,00