

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

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

ND:53377
N° W19-410550

complément

je
8163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHARIT Abdaghani

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, HAY TESSALIA 1218 CID CASA

Tél. : 0661976244 Total des frais engagés : 480,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/12/2020

Instructions à suivre

bler une feuille de soins par personne et événement.

feille de soins doit être accompagnée de es les pièces justificatives originales onnances médicales, factures, résultats examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée ent être portés par les praticiens eux mêmes :que feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les icaments achetés doivent être joints aux onnances transmises.

feille de soins ainsi que les pièces ificatives doivent être présentées à votre uelle dans les deux mois qui suivent le ier acte médical, sauf s'il y a traitement cal continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

emboursement des frais engagés sera tué sur la base de la tarification nationale ference.

risques liés aux accidents du travail et dies professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse ration pour obtenir des prestations qui ont pas dues, est possible des sanctions es et réglementaires.

ligation de remboursement prise par la PS est subordonnée au respect des tions 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 واثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المقدمة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01 / مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة

Adresse :

العنوان
.....

Montant des frais (Dhs) :

1180.00

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Fayatine HON

20.09.1977

BH317481

أنثى M ذكر F

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation*

استشفاء *

Date d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

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

Fait à :

le :

27/11/2020

في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'accrédité (a)

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et établies.

Fait à :

le :

27/11/2020

في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

27/11/2022

5 -

Book

Dr. Iham
Gynecologist
Bd. Al Qasr Radwan
N.S. May 5
(1) 05 22 23 72

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ 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

2711120

B16C

1

八〇

LABONIL
OUTAYER KHAIR HO
Médecin biologiste
d 6 Novembre 1961
12 45 FA 181

0930611821

Actes Paramédicaux

مليات المساعدین الطبیین

**FACTURE N° :** 200006634

Casablanca le 27-11-2020

Code INPE : 093061141**Mme Houda EL YATIME**

Demande N° 2011270055

Date de l'examen : 27-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
0216	TCK	B40	B
	TP non traité	B40	B
	Numération formule	B80	B

Total des B : 160

TOTAL DOSSIER : 180.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams

LAONIL
 JAYEB KHAIR HOUDA
 Médecin Biologiste
 6 Novembre CD Casa
 05 22 55 69 49 / 50
 05 22 55 69 49 / 50

Dr. Ilham BENABOUD

Gynécologue Obstétricien
Chirurgie Gynécologique - Accouchement
Stérilité du Couple (P.M.A)
Coeliochirurgie - Colposcopie
Maladies du Sein - Echographie
Ex Résidente au CHU Ibn Rochd

الدكتورة (إلهام) بنعبود

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الجراحة النسائية - الولادة
عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى والمجهر
طبيبة مقيمة بمستشفى ابن رشد (سابقا)

Casablanca, Le : 22/11/2022

ن - ٢٣٧٦٩٥٤٠

o NRS - FR

① T0-T42

Dr. BENABOUD
GYNECOLOGUE OBSTETRICIENNE
Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca
N° S. 115 Chafiq Aïn Chak - ICE : 001917290000033
Tél : 05 22 52 37 73

Dr. Ilham BENABOUD
GYNECOLOGUE OBSTETRICIENNE
Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca
N° S. 115 Chafiq Aïn Chak - ICE : 001917290000033
Tél : 05 22 52 37 73

شارع القدس تجربة السكن الآتيق إقامة الصفاء عمارة 403 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73
Urgence : 06 61 36 00 69 - Email : benaaboudilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 001917290000033