

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

aire :

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.

die 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 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

Nº M20- 0005179

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8163 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : C. HABRI, ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-05179

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ▪ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ▪ 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'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-410554

complément

Y = 818

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8163

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHARIF ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance :

15/07/1967

Adresse :

56 HAY MOHAMMED FAKIR CASABLANCA

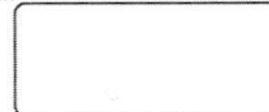
Tél. :

0661936344 Total des frais engagés :

372,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MUPRAS
28 DEC. 2020
ACCUEIL

Nom et prénom du malade :

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

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 :

Le : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nom des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

une 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.

Une 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 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 sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Il faut joindre une copie de l'attestation d'assurance (carte d'assurance maladie) et une copie de la carte d'identité de l'assuré.

Il faut joindre une copie de la carte d'assurance maladie et une copie de la carte d'identité de l'assuré.

Il faut joindre une copie de la carte d'assurance maladie et une copie de la carte d'identité de l'assuré.

Il faut joindre une copie de la carte d'assurance maladie et une copie de la carte d'identité de l'assuré.

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 sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle	Signature et timbre de la mutuelle
Identification de l'agent :	Signature de l'agent
Date de dépôt du dossier :	Signature de l'agent

N° Bordereau :

N° Dossier :

Chacun a son nom (le)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

الإسم العائلي والشخصي

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

Adresse : 56 HAYESSA 218 211

العنوان

Montant des frais (Dhs) : 372,00

مبلغ المصاري (درهم) : 02

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الإسم العائلي والشخصي

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

Maladie *

تم تقديم الظرف المغلق* :

Oui نعم Non لا

مرض *

Maternité *

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتفق للولادة

Hospitalisation *

تاريخ الاستشفاء :

التاريخ المرتفق للإفراج

Accident *

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث

أسباب الحادث

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

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

Fait à : 27/11/2020

le : 27/11/2020

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

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

* أشطب الخانة

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assur

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
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
٣٠/١١/٢٠٢٠ 30/11/2020	٤٢,٥ 42,5 INPE:092020270	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأجهزة، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملیات المساعدين الطبیین



مصحة الزهور

CLINIQUE LES FLEURS

Gynécologie - Obstétrique - Maternité - Maladie du Sein et Chirurgie Mammaire
Chirurgie Générale - Urologie - Chirurgie Endoscopique (Coelio - chirurgie, Hystéroskopie...)
Centre de Procréation Médicalement Assistée (Fiv - Stérilité ...)

16, rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA
CNSS 1449447 - Patente 36315910 ICE : 00 166 827 30000 34
Tél : 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90 - URGENCIE : 05 22 27 80 63 Fax 05 22 29 94 47
Direction : 06 61 05 53 34 Administration : 06 61 09 39 80 Sage femme : 06 61 11 35 54
E-mail : cliniquelesfleurs@yahoo.fr

Permanence 24 h sur 24 h

Docteur

Casablanca, le 3/11/2022

① Zamor 18 (143)
18/11/2022

② Saphi 6x
2g x 6x 5ml

10/10

③ Diawell
2g/5

PHARMACIE DES DALIAS
2r. S. BOUSSHA, BOUSSHA
492, Bis Bd. Pasteur
Casablanca
Tunisie

Lot:
Per:
PPV:

LF19069A
11/2022
72 DH 00

6 118001 040667

ECOC
EOP
JEM
JOUDE