

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.

N° W19-596290

Complément

54gr3

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 52479			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RACHID M'hamed			
Date de naissance : 14-6-1957			
Adresse : résidence maliki 1, rue de rive SASA			
Tél. : 0621989896	Total des frais engagés :		56x, Xo Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

MUPRAS
JAN. 2021
ACCUEIL

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) :

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

Cachet et signature de la mutuelle

تَعْلِيمات يَجُب اتِّباعُهَا

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 المعارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في طرف 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.

ستتم تعويض المصاعق المتصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الإخطار 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 لمعنفات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.01.01
مترجع رقم

N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الاتصال :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

BASSIR JANILA

182166

93216091296

B584734

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

Conjoint ○ Enfant ○ ابن ○

العنوان : ANGLE RUE DE ROME, RUE ABDESSALAM
ALKHATTABI, RESIDENCE WALI 7 APP 8 CASA

Montant des frais (Dhs) : 564,40

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

BASSIR JANILA

Date de naissance :

10/10/1969

N° CIN :

B584734

Sexe* :

M ○ ذكر ○ F ○ انثى ○

Identification du médecin traitant

N° INP

83M128MB

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 :

Date d'accident :

Date d'accident :

le :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : le :
Signature de l'assuré(e) :

أشهد بصدقه وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : le :
Signature de l'assuré(e) :

توقيع و طابع الطبيب المختص أو المديرية العامة للصحة
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

"أشطب الخانة"

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وَصْفُ الْجَلِيلَاتِ لِبْرَاوَهُ

CM-10

جزء الوحدات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المقدمة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحماء، الأشعة والصوت

Actes Paramédicaux

حقوق المنشورة محفوظة - الطبع

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion)  Ma situation  Remboursements  Prises en charge  Immatriculation  Menu ▾



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

ENREGISTRE 3

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Nb.Dossier(s)

Date de réception

Bénéficiaire

Frais engagés

AMO

Mutuelle

Total

1

65236043

24/12/2020

BASSIR JAMILA

564,40

267,08

33,30

300,38

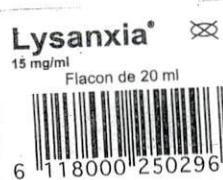
267,08

33,30

300,38

Dr. Semchaoui Amel
Psychiatre
Psychothérapeute
Diplômée de la Faculté de
Médecine de Bordeaux
Expertise Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous



الدكتورة سمشاوي أمل

أخصائية في الأراضي العقلية
و النفسانية

خريجة كلية الطب ببوردو
مختلفة درى المجال

بالملون

21 DEC. 2020

J. H. Bassir Jeanne

126.80 No dep 50 mg complément
(37.60 Lysanxia 50 mg ملائدة 50 mg meten - 50
164.40 ملائدة 50 mg meten - 50

Dr. Amel Semchaoui
Perdu à l'heure actuelle
à l'heure actuelle
Signature

Dree du bata



42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarabrousse (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
fax. : 05 22 22 81 34

MME JAMILA BASSIR
ANG R ROME R ABDESLAM
KHATIB 7
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE

000065236043

Accusé de Réception

N° Reception

65236043

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré

BASSIR JAMILA

Immatriculation

93602296 / 020123522

Nom et Prénom Généficiaire

BASSIR JAMILA

Itana Beneficiaire

01

Type dossier

FEUILLE DE LOIING

Date et heure

24/12/2020 10:41

Lieu de réception

CASA SIGGI 20152

Valeur du dossier

564.40

Nombre de pièces

2

Code Agent

9MGE339

Code établissement

Etablissement