

# 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 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.

## 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

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

La MUUPRAS 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.

M22- 0053811

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : SLB 42

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulaït Saida veuve Baghou

Date de naissance : 16/07/1955

Adresse : 64 lot Assolama sidi mohamed  
casab Rue 28

Tél. : 06 41 73 41 74 Total des frais engagés : 860.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....



Instructions à suivre	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
<p><b>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).</b></p> <p><b>Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.</b></p> <p><b>Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.</b></p> <p><b>La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.</b></p> <p><b>Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.</b></p> <p><b>Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>توقيع وطابع التغاضدية</b></p> <p><b>Cachet et signature de la mutuelle</b></p> <p>Identification de l'agent : ..... Date de dépôt du dossier : ..... Tarih al-eida : .....</p>	

 <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
N° Bordereau : .....	N° Dossier : .....	Réf ANAM 1.1.01.01 مرج رقم
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
الإسم العائلي والشخصي : <i>Boucheikh Saïda</i> رقم الإنخراط : <i>430848</i> رقم التسجيل : <i>915217171405</i> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <i>B34 1018</i> علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *		
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
العنوان : <i>64 lot A 35 Avenue Rue 28 Sidi Bouzid</i> <i>Morocco</i>		
Montant des frais : <i>860</i> درهم <i>Dhs</i> Nombre de pièces jointes : <i>2p</i>		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
<b>Bénéficiaire de soins</b> Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... N° CIN : ..... Sexe* : <input type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى		
<b>Identification du médecin traitant</b> <b>تعريف الطبيب المعالج</b> الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة : <i>ICD 15000</i> نوع العلاجات		
تم تقديم الظرف المغلق في ..... تاريخ العمل : ..... التاريخ المرتقب للولادة : ..... تاريخ الإستشارة : ..... تاريخ الحادث : ..... أسباب الحادث : ..... أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المكتوبة أعلاه		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : ..... le ..... توقع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e)		
Fait à : ..... le ..... توقيع الطبيب المعالج أو المنشئ المصححة Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

CIM-10

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع الصيدلاني أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
01/05/21	860,00	<p>Dr. Sana CHRAIBI 48 Lot. Essalama Sidi Maârouf Casablanca Tél: 05 22 97 40 65</p>
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]

**INP:**

**INP:**

الطباطبائين المساعدات عمليات

توقيع وطابع المساعد الطبي  
Signature et Cachet du Paramédical

INP:| | | | | | | |



En vertu de l'article 6-3 de la Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, la CNPSS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 89 de ladite loi, les M. et Mme le secrétaire général pour le compte de la CNPSS, les soins ambulatoires, les dossiers de maladie,

## Information

ENREGISTRE 1

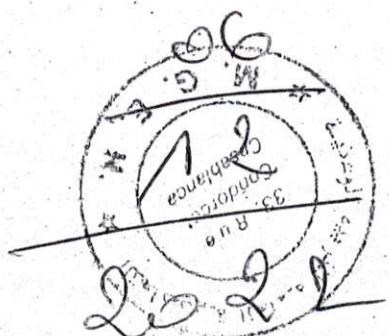
PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

① 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
- 2	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
	67172515	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
	67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	860,00	26,00	0,00	26,00
- 3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
	65490966	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
	65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
	65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
	64628725	23/11/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	650,60	248,66	34,41	283,07
- 2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
	64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
	64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
- 1	-	02/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
	63750871	30/09/2020	Payé en : 33 jours	BOUHAIK SAIDA	500,00	128,00	24,00	152,00
- 6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
	63505679	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
	63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours	BOUHAIK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
	63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69

13 D. Shers. Payee



Accueil > Application > assure app

/portailapps/www/index.php/assures/authMeConnexion AMO 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 1
PAYE
RETOUR POUR COMPLEMENT 1

● 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
- 2	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
	67172515	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
	67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	860,00	26,00	0,00	26,00
- 3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
	65490966	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
	65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
	65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
	64628725	23/11/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	650,60	248,66	34,41	283,07
- 2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
	64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
	64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
- 1	-	02/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
	63750871	30/09/2020	Payé en : 33 jours	BOUHAIK SAIDA	500,00	128,00	24,00	152,00
- 6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
	63505679	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
	63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours	BOUHAIK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
	63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	849,00	160,00	20,00	180,00

rafé 860,00



MME SAIDA BOUHAIK  
NO 64 LOT ESSALAMA HAY  
FLOURIDA S  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE

000067172536

Accusé de Réception

N° Reception : 67172536  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA  
Immatriculation : 95771405 / 090238844  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BOUHAIK SAIDA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 12/04/2021 13:59  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90136  
Valeur du dossier : 860,00  
Nombre de pièces : 2  
Code Agent : 9MGE072

Code Etablissement :  
Etablissement :



Casablanca, le

10/3/21

الدار البيضاء، في

Mr. Balki Sander

1) INOSU 139.00 X 6  
INOSU 204,-INOSU 26.00  
INOSU 26.002) SULFID 50g  
SULFID 50g

INOSU

T = 860.00

Pharmacie AL ABE  
Dr. Sama CHRAIBI  
48, Rue Salama  
Casablanca  
Tel: 0522 974065

Dr. Mohamed Slaoui  
Spécialiste Hépatologique  
Spécialiste Gastro-entérologie  
Spécialiste Chirurgie digestive  
Spécialiste Médecine générale  
Spécialiste Médecine Pédiatrique  
Spécialiste Médecine Intégrative

Pharmacie AL ABE  
Dr. Sama CHRAIBI  
48, Rue Salama  
Casablanca  
Tel: 0522 974065



LOT: M0393  
PER: 07/2022  
PPU: 139,00 DH



LOT: M0393  
PER: 07/2022  
PPU: 139,00 DH



LOT: M0393  
PER: 07/2022  
PPU: 139,00 DH



LOT: M0393  
PER: 07/2022  
PPU: 139,00 DH