

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-804507

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Nadiq

Nom & Prénom : TAZI Nadiq

Date de naissance : 4/6/55

Adresse : [blank]

Tél : 661 15 6657

Total des frais engagés : 654,60 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [blank]

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : [blank]

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : [blank]

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [blank]

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) : [blank]



tablir une feuille de soins par personne et ar événement.

a feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales ordonnance médicales, factures, résultats 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.

es prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux donnancess transmises.

a feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre attuelle 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.

remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale référence.

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

te personne coupable de fraude ou de fausse lation pour obtenir des prestations qui ont pas dues, est passible des sanctions les et réglementaires.

ligation de remboursement prise par la OPS est subordonnée au respect des itions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 طبقا للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENBOUKER AMAL

الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 169860

رقم الاتخراط :

N° Immatriculation : 431 253389

رقم التسجيل :

N° CIN : 884232

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : RESIDENCE ARRAHMANE N° 6 CASABLANCA

العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 654,60

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 10

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins BENBOUKER AMAL

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 13 09 54

تاريخ الازدياد :

N° CIN : 884232

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى

الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP 091039719

الرقم الوطني الاستدالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie * ☐ مرض

Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité * ☐ أمومة

Date de grossesse :

تاريخ الحمل :

Hospitalisation * ☐ استشفاء

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Accident * ☐ حادث

Date d'hospitalisation :

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Causes :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA
le : 20 02 2023

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ...
le : 17/08/2023

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et signature de la mutuelle توقيع و طابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :

description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العه des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
10/2/2023				at	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممنوعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو المجهز الطبي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
10/2/2023	654,6	

INP :

INPE

102031384

INP :

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP :

INP :



ORDONNANCE

Casablanca le 17/02/2023

M. BENBOUBKE R AMAL

126,7X3

- Cosopt (Collyr)

1 goutte x 2/j p 103 mois

91,50
- Alphagan (Collyr)

X3

1 goutte x 3/j p 103 mois

Pharmacie Merritage
48, Avenue Merritage - Casablanca
Tél: 0522 52 29 66 / 0522 52 29 66

654,6



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Accueil | Prévention | Employeurs | Mentions légales | Mutuelles | Liens utiles | Contact | العربية

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

Accueil > Application > assureur

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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

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
2	-	04/04/2023	Virement	-	1 168,70	873,88	103,12	977,00
1	-	22/01/2023	Virement	-	800,60	698,96	93,84	792,80
1	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré - Télécharger

★★★★★

Assurés | Producteurs de soins | Employeurs | Plan du site

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
Realisation SQL

AA

cnops.org.ma

