

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07087 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHONTA Ahmed

Date de naissance : 12/10/1957

Adresse : Résidence Al Mansour ASA

Tél. : 0661826440 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Chanta Ahmed Age : 47

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pathologie

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 : ASA Le : 30/09/2024

Signature de l'adhérent(e) : Chanta Ahmed

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | توقيع و طابع التغاضدية |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : | تاريخ الإيداع : |

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن 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° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الاتخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة

عنوان : Rue Cadi Bekkai Res Al Mansour
InnB Quartier Burger Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 300,00 DHS

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Dokhoni 120960 C148871

M ذكر F أنثى X

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'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : Casablanca
le : 2023
نوع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرّ بصحة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à :
le :
نوع المؤمن له (لها)

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسس الصيدلانية

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

يمنع متاع كلباً بيع هذا المطبوع



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)



DERKAOUI SOUAD

Droit Ouvert

12/09/1960 - C148871

📍 RUE GADI BAKKAR RES MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2 MAARIF CASABLANCA MAARIF (20100)

🏡 PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

✉ 021 780 000 005 800 105 383 254

Information

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 |
|---------------|-------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|-------------|----------|-------------|
| 1 | - | 27/03/2024 | Virement | - | 1 800,00 | 520,00 | 55,00 | 575,00 |
| 1 | - | 20/02/2024 | Virement | - | 2 236,50 | 520,00 | 55,00 | 575,00 |
| 1 | - | 01/02/2024 | Virement | - | 2 874,60 | 1 909,05 | 242,44 | 2 151,49 |
| 1 | - | 03/01/2024 | Virement | - | 300,00 | 120,00 | 5,00 | 125,00 |

MME DERKAOUI SOUAD
RUE CADI BAKKAR 39 RES
MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2
CASABLANCA
CASABLANCA MAARIF
20100

Royaume du Maroc

Musé de Réception
CNOPS



N° de Dossier :

84465970

Date et heure : 29/11/2023 15:39

Nom et prénom Assuré :

DERKAOUI SOUAD

Immatriculation :

93443642 / 090092815

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

DERKAOUI SOUAD

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASÀ SIEGE 90136

Valcur en Dirhams :

300,00

Nombre de pièces :

1

Code Etablissement :

A2(1)

Nom Etablissement :

9MGEO72

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات المساعدین الطبیین

Actes Paramédicaux

وصف العمليات المحراة

description des actes effectués

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| تاریخ التنفيذ Date d'exécution | النصل المفوّض Prix facturé | توقيع و ملابع الصيدلي أو ملابع المجهزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |