

# 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

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'Horlog Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-589019

48075

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8541</b>	Société : <b>RAC</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	<b>MUPRAS</b>
Nom & Prénom : <b>BOUTALEG AICHLA</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>300</b> Dhs Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>20 NOV. 2020</b>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

Le : **19/11**

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

Identification de l'agent :	توقيع و طبع التصريح
Date de dépôt du dossier :	_____
Identification de l'agent :	_____
Signature et date :	_____

### Instructions à suivre

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 والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخضر الناجمة عن حروق، الشعف، والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرير كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب بآية تمساطر 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  
مراجع رقم

N° Bordereau : ..... N° Dossier : ..... 070

### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FINRI ABDELMOUNA

213491

N° Affiliation :

43430778

N° Immatriculation :

B487389

N° CIN :

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

Joint conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : LOTissement LA MOUNA 1

VILLA N° 100 CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1300,00

Nombre de pièces jointes : 01

### Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FINRI ABDELMOUNA

213491

Tarif ézidat :

213491

Date de naissance :

12/10/1963

N° CIN :

B487389

Sexe \* :

M ♂ نكر F ♀ انثى

### Identification du médecin traitant

N° INP :

215115450343

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 :

Causes :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

في : 01/03/2020

توقيع المؤمن له (هـ) \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré (e) \_\_\_\_\_

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : \_\_\_\_\_

في : 5 AOUT 2020

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصناعية  
Cachet et Signature du praticien ou de l'établissement de soins.

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

يمنع منعاً كلياً طباعة و نسخ و توزيع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### Description des actes effectués

## وصف العمليات المجردة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

CIM - 10

الوصفات التي تم إثباتها في الصيدليات المعاصرة  
dispositifs médicaux fournis

نوع وظيفة المسيدلي أو مومن تجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوت Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INP:

## Actes Paramédicaux

JNP: | | | | | | | |

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 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	-	05/10/2020	Virement	-	1 804,10 077,87	1	76,23	1 154,10
63282276	03/09/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 504,10	957,87	46,23	1 004,10
63282300	03/09/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	300,00	120,00	30,00	150,00