

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-532129

25149

CP

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13053 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF

Date de naissance : 27 - 08 - 1981

Adresse : Résidence, les champs 4 ABTEH Nakhim - Sidi Naam - Casa

Tél. : 0634622820 Total des frais engagés : 388,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benhmini Farah Age : 3 ans

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

Nature de la maladie : Grippe

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 : Casablanca Le : 13 / 03 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماسدية التي تفتشون 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 الموحدة.

الآخطار 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 بالأمراض المزمنة  
Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BENHINI FOUAD** : الاسم العائلي و الشخصي  
N° Affiliation : **BA4464** : رقم الانخراط  
N° Immatriculation : **BA1923543** : رقم التسجيل  
N° CIN : **D5532185** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له  
Adresse : **Imm C App N residence le champ de Ennassim Casablanca** : العنوان  
Montant des frais (Dhs) : **388,5 DA** : مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **388,5 DA** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BENHINI FARAB** : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **BENHINI FARAB** : الاسم العائلي و الشخصي  
Date de naissance : **06/07/2016** : تاريخ الميلاد  
N° CIN : **11111111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe : **M** : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **01201111** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس  
Type de soins : **Non** : نوع العلاجات  
Admission ALD : **Non** : قبول المرض المزمن  
N° dossier ALD : **Non** : رقم ملف المرض المزمن  
Code ALD : **Non** : رقم المرض المزمن  
Soins ambulatoires : **Non** : تم تقديم الطفر المغلق  
Hospitalisation : **Non** : تاريخ الاستشفاء

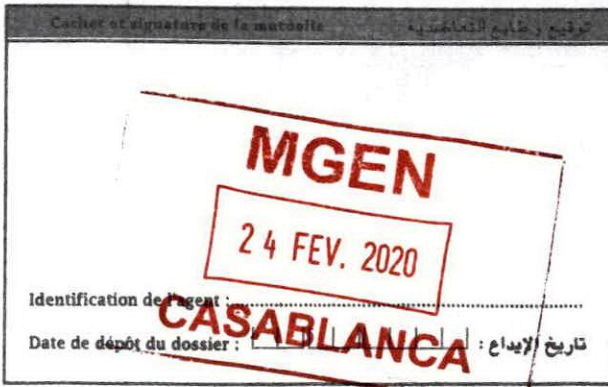
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **Casablanca** : تاريخ الإيداع  
le : **24/02/2020** : Date de dépôt du dossier  
Signature de l'assuré(e) : **BENHINI FOUAD** : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* اشطب المكانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيعها كلها بيع هذا المطبوع





### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جود الوصفات التي تم تنفيذها و الفحوصات الطبية العمومة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الدين المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13/02/20	138,50  INP : 992081678	
	  INP :	
	  INP :	

CDM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					

## Actes Paramédicaux

عقوبات التعذيب الطفيف

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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

Royaume du Maroc



MR FOUAD BENHNINI  
LOT NASR IMM 116 N°17

TEMARA  
12000 TEMARA PPL


000061194277

N° Réception : 61194277  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHNINI FOUAD  
Immatriculation : 93923543 / 500459958  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHNINI FARAH  
Rang Bénéficiaire : 12

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 24/02/2020 14:58  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138  
Valeur du dossier : 388,50  
Nombre de pièces : 4  
Code Agent : 9MGE156


Code Etablissement :  
Etablissement :


 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).

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect) Personnes en charge Immatriculation Menu

Information **EN COURS DE TRAITEMENT 2** PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 668,40	794,37	92,85	887,22
61194265	24/02/2020	BENHNINI FOUAD	1 279,90	667,23	86,22	753,45
61194277	24/02/2020	BENHNINI FARAH	388,50	127,14	6,63	133,77

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆

Docteur Khalil MSAYIF

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Puériculture - Urgences  
Réanimation Néo-natale  
Diplômé de la faculté de St Etienne  
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France

الدكتور خليل مصيف

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات  
خريج كلية الطب بسانتيتيان  
طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

Nom & Prénom :

BEN HANNI Farah

Casablanca, le

13/04/2016

Poids :

Age :

18.30

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

18.50

Clopidogrel sup

1/2 cr a 31 ans et 10 ans

Belladonna gel

5 fracs a 411

Mercurus foliatus gel

5 fracs

Oscillococc

Imo a 24.000

Immun sup

Imun a 411

138.50

Cabinet de Pédiatrie

Bd. Ibn Tachfine, Résidence ASSALAM - IMB G 104 N° : 3 (RDC) - CASABLANCA  
Tél. : 05 22.60.37.15 Urgences : 06 61.26.14.25

PHARMACIE H2SSIM  
326, Lot Nassim, Quartier NASSIM  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 05 00  
Tél fax: 05 22 89 05 00  
www.h2ssim.ma