

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.

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

N° W21-615848

61835

✓

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10817		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : DRIOUICHE yad EL Mchaw
Nom & Prénom : DRIOUICHE yad EL Mchaw		
Date de naissance : 15/02/74		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : 2100,00 DA		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du médecin :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : CNOPS	
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 au médecin conseil de la Mutuelle.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à : Casablanca Le : 01/03/21	
Signature de l'adhérent(e) : T.M	

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-615848	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 10817
Nom de l'adhérent(e) : DRIOUICHE
Total des frais engagés : 2100,00
Date de dépôt : 01/03/2021

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	
CNOPS	
Signature et tampon de l'agent	
Identification de l'agent :	Signature de l'agent
Date de dépôt du dossier :	Signature de l'agent
Téléphone et adresse de l'agent	

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 والوثائق 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 تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

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.

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 والوثائق 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 تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمومن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الإنخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

ابن

Nom et prénom : EL BOUTIHI Rajaa

353484

432844813

BL 3005

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant

Adresse : 1648, Bd Bourguiba

App 3211 C.R.A.B.A.N.C.A

Montant des frais (Dhs) : 20000 Dhs

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL BOUTIHI Rajaa

المعتني من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe * :

05/12/1981

BN 3005

M ذكر

F اثني

Identification du médecin traitant

N° INP :

Type de soins : DDT (troubles de l'ATN)

الرقم الوطني الاستدلالي للمارس :

نوع العلاجات

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation*

استشفاء *

Accident *

حادث *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

تم تقديم الظرف المغلق *

تاریخ العمل :

التاریخ المرتفق للولادة :

تاریخ الاستفقاء :

تاریخ الحادث :

أسباب الحادث :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CRABANCA

le : 22/01/2021

حرر :

Signature de l'assuré (e) : Rajaa

أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CRABANCA

في : 22/01/2021

حرر :

توقيع بطاقة الطبيب المعالج ل المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou d'un praticien

Dr AYAD STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

* اشطب الخانة

يمنع معاونك من بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

التأمين الجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

RÉFANAM : 1.1.01.01

مراجع رقم :

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملية الاصبع، الأشعة، الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدة: الطبيعة

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 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
1	-	19/02/2021	Virement	-	2 100,00	360,00	90,00	450,00
2	-	25/12/2020	Virement	-	1 642,60	240,00	60,00	300,00
1	-	12/11/2020	Virement	-	2 057,70	827,93	136,97	964,90

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré  Télécharger 



IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca المارا البيضاء

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
Hôpital du 20 Août 1953



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 16.12.2010

Docteur : Dr. MAHADI AZARACK ANNUR

Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale
Hôpital 20 Août 1953
CHUIBN - Rochd - Casablanca

ORDONNANCE

Rue El Bouatti Ajaa

DDT de l'ATN gauche

⇒ 5 séances de kiné faciale

et fonctionnelle

Dr MAHADI AZARACK ANNUR
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale
Hôpital 20 Août 1953
CHUIBN - Rochd - Casablanca

Casablanca, le : Me. 01. 2020

ORDONNANCE

Docteur :

Dr MAHADI AZARACK ANNOUR
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale
Hôpital 20 Août 1953
CHUIBN - Rochd - Casablanca

FACTURE

Mme EL Boullihi Naja

- Consultation Spécialisée en Stomatologie
- Frais: 300,00 DHs

Dr MAHADI AZARACK ANNOUR
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale
Hôpital 20 Août 1953
CHUIBN - Rochd - Casablanca

سندس لحلو

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

SOUNDOUS LAHLOU

KINÉSITHÉRAPEUTE – PHYSIOTHÉRAPEUTE

Diplômée de la Haute École Libre de Bruxelles - Ilya Prigogine

Diplômée de L'Université Paris V - René Descartes

Reéducation Fonctionnelle et Réhabilitation

Reéducation Oro-Maxillo-Faciale

Reéducation Uro-Gynécologique et Ano-Rectale

Drainage Lymphatique

Membre du Cercle d'Etudes et de Recherches en

Reéducation Oro-Maxillo-Faciale (CERROF)

Membre de l'Association Réseau Rééducation Périnéale et

Groupe de Recherche en Kinésithérapie Périnéale de France



خريجة المدرسة العليا الحرة ببروكسل - إيليا بريغوجين
خريجة جامعة باريس 7 - رينيه ديكارت

الترويض والتأهيل الوظيفي

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه

ترويض المسالك البولية التناسلية و المخرج

التصريف المفاوي

عضو في دائرة الدراسات والأبحاث في

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه (CERROF)

عضو في جمعية الشبكة و مجموعة البحث لترويض

المسالك البولية التناسلية و المخرج بفرنسا

Casablanca, le mardi 19 janvier 2021

Facture

Je soussignée Madame Soundous LAHLOU, atteste avoir reçu pour honoraires la somme de 1800 dhs (mille huit cent dirhams) de la part de Madame EL BOUIHI Rajae au terme de 6 séances de rééducation maxillo-faciale et fonctionnelle.

Dates des séances :

14/12/2020	04/01/2020
17/12/2020	
21/12/2020	
24/12/2020	
28/12/2020	

Signature
Soundous LAHLOU
Kinésthérapeute Physiothérapeute
33, Rue Abou El Hassan Saghir
Casablanca - 20100 - Maroc
TÉLÉPHONE : 05 22 25 56 55 / 06 62 55 59 82 - E-MAIL : LMDLR33@GMAIL.COM

LA MAISON DE LA RÉÉDUCATION

33 RUE ABOU EL HASSAN SAGHIR (RdC) - 20100 - MAARIF EXTENSION - CASABLANCA

TÉLÉPHONE : 05 22 25 56 55 / 06 62 55 59 82 - E-MAIL : LMDLR33@GMAIL.COM