

# 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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° P19- 057753

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2658 Société : RAY 63900

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR I

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : CASA

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 344,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : D. EL MENIAR I Age :

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

Nature de la maladie :

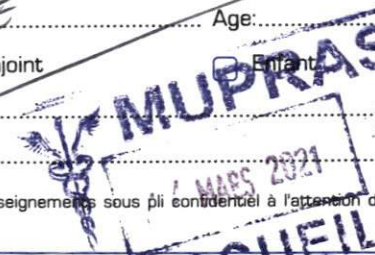
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 10/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :





# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

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 وأمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع طابع التعاقدية

O.M.F.A. 19 FEB. 2021

Reception Trac

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع



# 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 : Touma Zine : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 363178 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 431874741 : رقم التسجيل

N° CIN : 03711280 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse : Ag lot Daudoum Sidi Ouali : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 344,80 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 2 pièces : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Zine : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Zine : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 1958 : تاريخ الازدياد

N° CIN : 03711280 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M : الجنس

Identification du médecin traitant

تحريف الطبيب المعالج

N° INP : 175666779 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : 779 : نوع العلاجات

Admission ALD : Oui : قبول المرض المزمن

N° dossier ALD : 175666779 : رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : 175666779 : رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires : Oui : تم تقديم الظروف المغلق

Hospitalisation : Oui : تاريخ الاستشفاء

Date d'hospitalisation : 175666779 : تاريخ الاستشفاء

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

فعل إلى : 175666779

le : 175666779

توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré(e)

أصبح بمصاديقية وصدق المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les renseignements ci-dessus exacts et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cache et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

\* أشبه الخانة





66236427	19/02/2021	Payé en : 21 jours		ZINE TOURIA	2 624,10	1 448,97	324,13	1 773,10
66236441	19/02/2021	Payé en : 21 jours		ZINE TOURIA	344,80	120,00	30,00	150,00
66236454	19/02/2021	Payé en : 21 jours		ZINE TOURIA	993,40	214,99	80,71	295,70
66236463	19/02/2021	Payé en : 21 jours		ZINE TOURIA	845,00	676,00	169,00	845,00
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	1 488,10	913,67	364,43	1 278,10
64950765	09/12/2020	Payé en : 16 jours		ZINE TOURIA	1 488,10	913,67	364,43	1 278,10
- 1	-	05/10/2020	Virement	-	1 524,80	939,36	375,44	1 314,80
63052901	18/08/2020	Payé en : 48 jours		ZINE TOURIA	1 524,80	939,36	375,44	1 314,80

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

☆☆☆☆☆



clinique  
mers  
sultan



مصلحة  
معرض  
السلطان

02/02/2021

Zine Tauria

1 - Libretto

1 - 1 - 1

2 - Carbapénème

64,80

prise journalière x 3 ;

PHARMACIE  
DR. ZINE TAURIA  
Lotissement El Derraj W. Dergou  
Tel: 020 442 442

