

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.

Diagnostic 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 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Assurance 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° M21- 0000552

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société : 64262
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHRACH Badio
Date de naissance : 06.06.48
Adresse : 14, Bd Med Abdou Palmer - CASA
Tél : 06.64.860.960 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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 : 22 / 03 / 2021
Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



Mure LAHRACH Bahia ép. LAZRAK

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

Mle
888

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : LAZRAK DRIS

N° Affiliation : 363772

N° Immatriculation : 4418855012

N° CIN : 819388

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 14, Bd Mohamed Abdou Residence DALIA PALMIER

Montant des frais (Dhs) : 689,20

Nombre de pièces jointes : 12

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : LAZRAK DRIS

Nom et prénom :

Date de naissance :

N CIN :

Sexe : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091057851

Type de soins

Maladie * ☐ مرض

Maternité * ☐ أمومة

Hospitalisation * ☐ استشفاء

Accident * ☐ حادث

Pli confidentiel remis * : Oui ☐ Non ☐

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجرات

[illegible]

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التحضيرات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو الصيدلي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositions Médicales
02 12 2020	3 88,29	<p>Pharmacie d'Alger CHRAÏBI Docteur en Pharmacie Rues Rouine et Mohammedi Quartier Payeret - Casbah Tel: 022 25 14 67 INPE: 092017342</p>

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رسم العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur LAZRAK Driss

Casablanca le 22/12/2020

1- AMEP 5 MG
1 CP PAR JOUR SANS ARRET A MIDI

2- KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

91/30x3
80/30x3
38520

R 3mou

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Cardiologie
5, Rue Mohamed Abdou
Casablanca

Sarof-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kardegic 75 mg, sac b 30
P.P.V : 30,70 DH
6 118000 061847

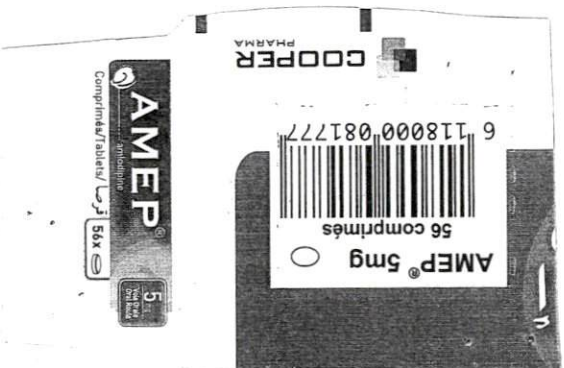
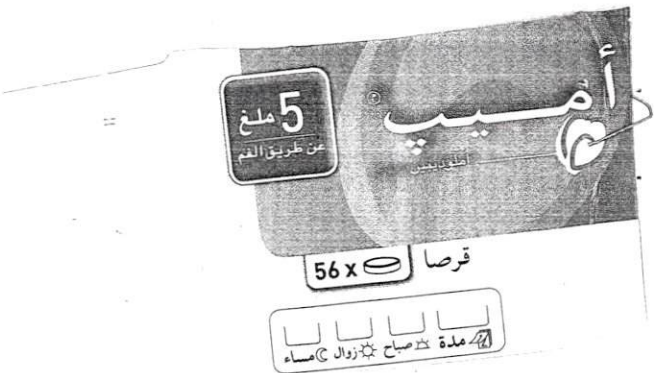
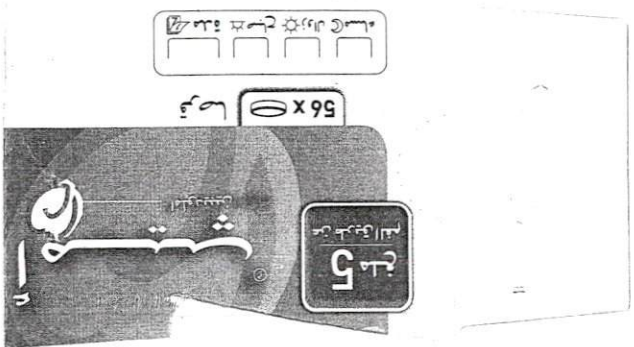
Sarof-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kardegic 75 mg, sac b 30
P.P.V : 30,70 DH
6 118000 061847

Pharmacie du CEDRE
CHRAÏBI Khalil
Docteur en Pharmacie
Angle Rues Rogin et Mohamed Abdou
Quartier Palmer - Casablanca
Tél: 0522 25 14 67
INPE: 092017342

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83





MR DRISS LAZRAK
N 14 BD MOHAMED ABDOU RESID
DALIA PALMIER
CASA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000066090518

Accusé de Réception

N° Réception : 66090518
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAZRAK DRISS
Immatriculation : 44885502 / 500321907
Nom et Prénom Bénéficiaire : LAZRAK DRISS
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 12/02/2021 10:32
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur du dossier : 685,20
Nombre de pièces : 12
Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :
Etablissement :



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/authentification)

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

Suivi des demandes

Payées aux PS.

Recherche multi-critère :

N Dossier	Type Doss.	Date de réception	Etat	Producteur de soin	Bénéficiaire
65946753	CARDIOLOGIE	04/02/2021	ACCORDE	CLINIQUE JERRADA OUASIS	LAZRAK DRISS
65845514	CARDIOLOGIE	29/01/2021	PAYE	CLINIQUE JERRADA OUASIS	LAZRAK DRISS
50243635	CHIRURGIE	29/03/2018	PAYE	CLINIQUE ATLAS CASABLANCA	LAZRAK DRISS

< 1 >

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

☆☆☆☆☆

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : m
ou mme lazrak

NOM DU PATIENT : M. LAZRAK
DRISS

DATE DE NAISSANCE :
22/12/1936

CJO21B03073357



Reçu N°: 69225

Paiement du 03/02/2021

Montant	600,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	3319658
Montant du chèque :	600,00 Dh
Banque :	BMCI