

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Biologie 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.

Type :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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

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



Pour COMPLEMENT
Déclaration de Maladie

Nº P19- 055546

Optique 66128 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahed

Date de naissance : 21.04.1961

Adresse : 5, Rue de l'Hérault Rm

CP : 15100 LANCAF

Tél. : 0661 23 84 70 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BELAMINE KHAMALA 5 AVR. 2021 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 : Agadir Le : 27/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Tel : 0661 238470

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 le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الإسم 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 المشتراء وأثنائها بالوصفات المرسلة.
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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 الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حود شهر (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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض انهة غير قابلة للتعرض.
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 للإفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعرض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> توقيع وطابع التعاtractive Cachet et signature de la mutuelle </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع : 2 FÉV. 2021 </div>	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		Feuille de Soins Maladie	
		Réf ANAM 1.1.01.01	
		نفر رقم	
N° Bordereau :	N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)			
الإسم العائلي والشخصي : BELAMIENE KHADISSE			
رقم الإنخراط : 2971143			
رقم التسجيل : 19321805792			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 4437419			
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * : MGP			
العنوان : 5, RUE DE L'HERAULT POLO PARIS 15			
مبلغ المصاريق : درهم Dhs			
Nombre de pièces jointes :			
Declaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins BELAMIENE Khadis			
Nom et prénom : 19081994			
Date de naissance : 31/12/1994			
N° CIN : B14437419			
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر / F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى			
Identification du médecin traitant			
الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : 1015102311317			
نوع العلاجات			
Maladie* <input checked="" type="checkbox"/>	مرض* <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis* <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء* <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement :
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث :			
أسباب الحادث :			
أشهد بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.			
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.			
Fait à : BELAMIENE في : الموعد ترقية الزمن له (لها) Signature de l'assuré(e)			
Fait à : في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المدرسة الصحية Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			
نقط الخاتمة			

العمليات : الإحياء ، الأشعة والصور

Description des actes effectués

وصف الفيصليات المحرّاة

CIM-1

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

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	العنوان المفترض Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسؤول التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22.02.21	624,00 dh PHARMACIE LAHIBI	PHARMACIE LAHIBI 3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pôle Casablanca, Tél: 0522 28 05 76
	INP : 099999472 DOR	3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pôle Casablanca, Tél: 0522 28 05 76
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

CIM - 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيان
Signature et Cachet du Radiologue ou biologiste

INP:

INP:

INP: []

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

Dr. Nadia BENJELLOUN H.

Médecine Générale
ECHOGRAPHIE CLINIQUE

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Montpellier
Expert Assermentée Prés les Tribunaux
CU "Douleur et Soins de Support"

الدكتورة نادية بنجلون م.
الطب العام
الفحص بالصدى
خريجة كلية الطب بمونبولي
خبيرة محلفة لدى المحاكم
"الألم والعلاج بالدعم"

Casablanca, le 26.09.2001 الدار البيضاء، في

N = BELAMINE VHAJJA

208100 - Covernal 515 x. 3 mois

*3

624.00

PHARMACIE ALDOU
LAJJOU /Abdelali
3, Rue l'Étoile Ag. Sidi Othman
Casablanca - Tel: 0322 28 05 76



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

PAYÉ

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	-	24/03/2021	Virement	-	774,00	388,87	77,26	466,13
	66282758	23/02/2021	Payé en : 29 jours	BELAMINE KHADIJA	774,00	388,87	77,26	466,13
■ 1	-	01/02/2021	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
■ 1	-	19/10/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
■ 1	-	27/07/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13