

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.

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.

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.

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

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



Complément
Déclaration de Maladie
N° M21- 0014329

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 70098 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI M'hammed
Date de naissance : 14.06.1955
Adresse : Residence wadili 7, rue de rme
SASA
Tél : 0621999896 Total des frais engagés : 600,00 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 : 6/5/21 Le : 6 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش 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 وطابع التعاضدية

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
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIA JAMILA**

N° Affiliation : **1181211616** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **93R 161021916** رقم التسجيل :

N° CIN : **B1518147314** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * : **ابن** ☐ **زوج** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant** ☐ **ابن** ☐

Adresse : **Ress. d'ence Walili 7 angle rue de me et rue**
Abdeslam Khattabi App 8 CASA BLANCA العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **600,00** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **المستفيد من العلاجات**

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIA JAMILA**

Date de naissance : **04/10/1962** تاريخ الأرياد :

N° CIN : **B1518147314** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **مذكر** ☐ **أنثى** ☒ **Féminin** ☐ الجنس * :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : **0191118116** * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **نوع العلاجات**

Admissio ALD* : **oui** ☐ **non** ☐ قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* : ☐ **علاجات خارجية** * **Pli confidentiel remis* : oui** ☐ **non** ☐ تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* : ☐ **استشفاء** * **Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :**

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

Fait à : **CASA BLANCA** حرر بـ :

Le : **0191118116** في : **0191118116**

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

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **CASA BLANCA** حرر بـ :

Le : **0191118116** في : **0191118116**

توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature et tampon du Médecin traitant

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع مئعا كليا بيع هذا المطبوع

مكتبة جامعة القاهرة

[illegible]

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : []	
	INP : []	
	INP : []	

عملية الإحصاء الإشعاعي والمصور

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

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



MME JAMILA BASSIR
ANG R ROME R ABDESLAM
KHATB 7
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000067133584

Accusé de Réception

N° Réception : 67133584
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA
Immatriculation : 93602296 / 090123522
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 9/04/2021 11:04
Lieu de réception : CASA SIEGE 90141
Montant du dossier : 600,00
Nombre de pièces : 1
Référence : 9MGE188

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدركتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

و النفسية

خريجة كلية الطب ببورود

محلفة لدى المحاكم

بالدور

Dr. Bassir Jomda

09 MAR. 2021

Zolofr gel



1 gel meli

Dr. SEMCHAOUI Amel:
Psychiatre - Psychothérapeute
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Tél. : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

Jomda 15 Jan

42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
الفاكس : 05 22 22 81 34

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/autodéclaration) Remboursements Prises en charge Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant sur 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	ENREGISTRE 3	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	EN COURS DE PAIEMENT 2		
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 200,00	304,00	14,00	318,00
67133584	09/04/2021	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00
67133579	09/04/2021	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00

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