

# **MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **générales :**

réserve à l'adhérent doit être dûment renseigné.

réserve au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

ur tous les actes effectués en série.

d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

## **ie :**

gnettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **gie et Biologie :**

facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être

ntes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

h pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

mutuelle.

## **ue :**

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

## **ducation :**

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 canaux, 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 canaux.

## **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**

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

Le 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



## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 1055948

Par Courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : Ro AM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELDA Mohamed

Date de naissance : 19/07/57

Adresse : 81, Rue Wazir Chah CMA

Tél. : 066 210 3375

Total des frais engagés : 357,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément Remboursement CNOPS

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKKALI Fardoua

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 : 10/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° M21-055948

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 : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BELDA Mohamed

Total des frais engagés : 357,50

Date de dépôt :



# 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 وأصالتها 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 التفاضلية التي تختصون 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 التعريفية 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 للإستفادة 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 التفاضلية

التفاضلية العامة للمرضى  
MEPAP  
الإدارة العامة للصحة  
بمحافظة سطات  
توقيع الإيداع :  
Date de dépôt du dossier :  
Identification de l'agent :  
تاريخ الإيداع :  
Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau .....

N° Dossier .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **KAKALI Fadoua**  
N° Affiliation : **113483**  
N° Immatriculation : **5521258843**  
N° CIN : **A4691496**  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** ☐ **زوج** ☐ **Enfant** ☐ **ابن** ☐  
Adresse : **81 rue Torache App 18**  
Montant des frais (Dhs) : **357,50**  
Nombre de pièces jointes : **60**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **N° KAKALI Fadoua**  
Nom et prénom : **KAKALI Fadoua**  
Date de naissance : **A4691496**  
N° CIN : **A4691496**  
Sexe\* : **M** ☐ **نكر** ☐ **F** ☒ **انثى**  
الجنس\* : **DRERDAI FZ**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **10614421935**  
Type de soins : **Maladie** ☐ **مرض** ☐ **Maternité** ☐ **امومة** ☐ **Hospitalisation** ☐ **استشفاء** ☐ **Accident** ☐ **حادث** ☐  
Pli confidentiel remis : **Non**  
Date de grossesse :  
Date prévue d'accouchement :  
Date d'hospitalisation :  
Date d'accident :  
Causes :  
تم تقديم الظرف المعلق : **Non**  
تاريخ الحمل :  
التاريخ المرتقب للولادة :  
تاريخ الاستشفاء :  
تاريخ الحادث :  
أسباب الحادث :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à :  
le :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)  
أصحر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à :  
le :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite







14:27



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

REJET 1

PAYE

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
- 3	-	15/07/2021	Virement	-	1 550,50	695,89	136,63	832,52
68217077	11/06/2021	Payé en : 34 jours		BAKKALI FADOUA	465,20	325,64	74,43	400,07
68216494	11/06/2021	Payé en : 34 jours		BAKKALI FADOUA	357,50	250,25	57,20	307,45
68216515	11/06/2021	Payé en : 34 jours		BAKKALI FADOUA	727,80	120,00	5,00	125,00





**ORDONNANCE MEDICALE**

Le 07/06/2021



M<sup>re</sup> BAKKALI  
Fadoua

74,80 x 1/2 ① Sepcey 500  
100 x 2/1 m de loj'm

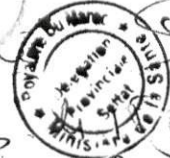
40,00 ② Histaminum 1000  
100 x 1/1

14,00 ③ Doli 1000  
100 x 1/1

54,70 ④ Doli 1000  
100 x 1/1

49,60 x 1/2 ⑤ D cure  
1 amp 100 x 1/1

352,50 ⑥ 1 amp 100 x 1/1



DI BERDAIFZ  
Commission Médicale  
Délégation Provinciale Settat

