

MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR S REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

à l'adhérent doit être dûment renseigné.
au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
les actes effectués en série.
accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.
et Biologie :
ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de
tuelle.

ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
ation :
préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de
tentative
éducations.
pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

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.
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

La 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- 0055946

Par Courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R. A. M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDA Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, rue Carache 11118 CAA

Tél. : 0662/103375 Total des frais engagés : 72780 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément remboursement

Date de consultation : CNOPS

Nom et prénom du malade : BAKKACI Fadoua 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 : CAA Le : 06/07/2021

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-055946

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) : BERDA

Total des frais engagés : 72780

Date de dépôt :

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 participants 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 للمساوير القانونية.

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



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 (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **BAKKACI Fadoua**

رقم الانخراط : **113183**

رقم التسجيل : **552298843**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **4469458**

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

العنوان : **81, Rue Carache App 18 Hay ESSACAM CASABLANCA**

مبلغ المصاريف (درهم) : **727,80**

عدد الوثائق المرفقة : **04**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : **BAKKACI Fadoua**

تاريخ الازدياد : **16/11/1957**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **4469458**

الجنس * : **Masculin** ☐ ذكر **Féminin** ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : **091033720** * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **oui** ☐ **non** ☐ نوع العلاجات

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

N° dossier ALD* : **00000000** رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : **0000** رقم المرض المزمن :

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

Hospitalisation* : **oui** ☐ **non** ☐ استشفاء * : **Date d'hospitalisation : 00/00/00** تاريخ الاستشفاء :

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

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج في المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

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

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

11 يونيو 2021

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 00/00/00 تاريخ الإيداع :

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Casablanca, J

سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

011545"
22 APR 2021
Casablanca, le
Le Bakkal: Fadoua
D) Tuakau
M.30x6 06x3/7x2 mor
WAT 80

261, شارع عبد المومن - إقامة الأمل - عمارة رقم 16, الطابق الثالث - الدار البيضاء: قرب صيدلية لعلج
و مقابل متجر DÉCATHLON, درب غلف و CITY CLUB. الزاوي: أمام محطة عبد المومن
Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imn B, N°16, 3ème étage - Casablanca à côté de pharmacie Laalaj
en face Derb Ghalef CITY CLUB et DÉCATHLON - Tramway: devant la station Abdelmoumen
Tél.: 0522 86 50 51 - Fax: 05 22 86 59 44 E-mail: essadimusor163@gmail.com

INP:

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