

## 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.

### Radiologie 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W21-631988

Par  
coupons

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9383	Société :	RATI
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	7989
Nom & Prénom :		MOUSTAKIM SAMIRA	
Date de naissance :		28-03-68	
Adresse :		lamec	
Tél. :	06 61 51 85 54	Total des frais engagés :	540 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-631988

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Recherche

ok

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURES

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas compatible.

Accueil &gt; Application &gt; assure app



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

ENREGISTRE 2

REJET 1

PAYE

ACCORDE 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
- 4	-	15/06/2021	Virement	-	2 164,10	1 326,42	308,34	1 634,76
67876599	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	147,60	41,02	9,38	50,40
67877010	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	910,30	631,24	148,91	780,15
67876973	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	540,00	431,20	107,80	539,00
67876941	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	566,20	222,96	42,25	265,21
3	-	05/05/2021	Virement	-	2 312,10	1 409,00	350,00	1 759,00
67256705	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	500,00	264,00	66,00	330,00
67256653	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	512,10	105,00	24,00	129,00
67256599	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	1 300,00	1 040,00	260,00	1 300,00
2	-	31/03/2021	Virement	-	1 375,00	556,17	104,69	660,86
66447412	03/03/2021	Payé en : 28 jours		MEZIANI RAFIK	763,80	177,68	18,18	195,86
66447434	03/03/2021	Payé en : 28 jours		MEZIANI RAFIK	611,20	378,49	86,51	465,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 400,00	800,00	100,00	900,00
1	-	03/11/2020	Virement	-	550,00	360,00	50,00	410,00
1	-	30/06/2020	Virement	-	532,90	160,60	14,28	174,88

**Instructions à suivre**

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

**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.

**تعليمات يجب اتباعها**

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى المعاشرة التي تنتهي إلى طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

ستتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنفطات الاحتياط الاجتماعي دهين باحترام الشروط القانونية وكل ما يسيق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التأمينية

**SECTION RABAT**

21 MAI

Identification de l'agent :

**MGEN**

Tarif de dépôt du dossier :



**ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de soins Maladie**

التأمين الاجتماعي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.101.01  
مرجع رقم

N° Bordereau .....

N° Dossier .....

خواص المؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **MEZIANI RAFIK**  
N° Affiliation : **179223**  
N° Immatriculation : **931540171**  
N° CIN : **C814019**  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **3, Res Dan M'hidi, App. 23, Secteur  
Rue Léon Gambetta, Harry Ryland, Rabat**  
Montant des frais (Dhs) : **540**  
Nombre de pièces jointes : **2**

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom : **MEZIANI RAFIK**  
Date de naissance :  
N° CIN : **251063**  
Sexe : **M ذكر**

Identification du médecin traitant  
N° IRP : **1611962853**

Type de soins

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis : Oui Non
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse :
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement :
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

أشهر بصدقائق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.

Fait à : **Rabat** حربى : **30/03/2021** غشت : **27/03/2021**  
ie : **27/03/2021**

توقيع و طابع الطبيب المعالج او المؤسسة الصحية  
Signature de l'assuré (e) **MEZIANI RAFIK**

Cachet et signature du praticien traitant ou de l'établissement de soins  
\* استدلال

يمنع نسخة كلية من هذا المطبوع

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المحركة

CIM · 10

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المقدمة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

#### Description des ordonnances émises et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - 10ème révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عن الإحباء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

معلومات المساعدات الطبيعية

ensemble  
avec l'enfant diabétique

جنبلا  
مع الطفل السكري



## ORDONNANCE

Rabat ; le : 27/3/2001

N° NEZIANI Rabat

1) TSHOS

2) LTT



Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat  
Tél: 0537 795 096

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

FACTS

**ex. Professeur Agrégé**  
**Radio-Isotopes et Médecine Nucléaire**  
T. AV Omar Ibn Khattab - Agdal  
Rabat - Tél.: 05 37 77 29 51

N° 0001188

## الرباط في Rabat le 21.06.2021

M. MEZIANI RAFIK اسپ

Patente N°: 25703887  
IF: 33411210

C.N.S.S.N° :2127307  
ICE :001583167000063



MR RAFIK MEZTANT  
SECT. 09 RES DAR EL MEUDI  
NO3 APT 23 RUE ROMANE HA  
RIAD RABAT  
10000-RABAT-RP

000067876973

## Accusé de Réception

N° Réception : 67876973  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : MEZTANT RAFIK  
Immatrication : 93540171 090121115

Nom et Prénom Bénéficiaire : MEZTANT RAFIK  
Fong Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS

Date et heure : 24/05/2021 14:10

Lieu de réception : SALE 92601

Valeur du dossier : 540,00

Nombre de pièces : 2

Code Agent : 9MGE396

Code Etablissement :  
Etablissement : A