

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **taire :**

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.

## **ladie 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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 072816

ND: 79661

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2362 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAJI ABDELLAH

Date de naissance :

01/03/1852

Adresse :

123, Rés, SEKAT, Rue Abou EL WAAD  
Bourgogne

Tél. : 0664369870

Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade :

GHAZAL

Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :



Conjoint

Enfant

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 la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 03/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

NAJI

### Instructions à suivre

### نماذج انتيبيات اتبعها

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.

### Cachet et signature de la mutuelle

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

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  
Réf ANAM 1.1.02.01  
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : *Chahenom Scemra*  
رقم الاشتراط : *349687*  
رقم التسجيل : *94148891652*  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : *Blue 654*

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

العنوان : *113 résidence 810 rue Khatibat*  
*app 10 Bourj 619*

مبلغ المصاري (درهم) : *1085.80 dh*  
عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : *Chahenom Scemra*  
تاريخ الإيداد : *26/03/1961*  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : *B 6146594*  
الجنس\*: مذكر  ذكر  أنثى  Féminin

### Identification du médecin traitant

\* N° INP

Type de soins

Admission ALD\*: oui  non

N° dossier ALD\*: oui  non

Code ALD: oui  non

Soin ambulatoires\*  علاجات خارجية \*  oui  non

Hospitalisation\*  استشفاء \*  oui  non

Pli confidentiel remis\*  Date d'hospitalisation:

تم تقديم الظرف المغلق:

تاريخ الاستشفاء: *05/03/2015*

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المكتوبة أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à : *Carthage* Le : *23/03/2015* في : *تونس*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : *Carthage* Le : *23/03/2015* في : *تونس*

توقيع وطبع طلب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature et Sceau du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* اشطب الخانة  
La vente de cet imprimé est formellement interdite. يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

## Description des actes effectués

وصف العمليات للحجارة

CIM - 10

**جد الوصفات التي تم تقييدها والتجهيزات الطبية المعونة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

INP :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

**INP:** | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

[NP · | | | | | | | ]

Royaume du Maroc



MRE SANIRA CHAHIM

1123 RES SETTAT RUE ABOU  
EL WAQT IMM B 1 BOURGOGNE

20053 CASABLANCA BOURGOGNE

000068401617

Accusé de Réception

N° Réception : 68401617  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : CHAHIM SANIRA  
Immatriculation : 74071652 / 500300335  
Nom et Prénom Bénéficiaire : CHAHIM SANIRA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 23/06/2021 7:47  
Lieu de réception : CASH SIEGE 90142  
Valeur du dossier : 1085,60  
Nombre de pièces : 6  
Code Agent : 7100247

Code Etablissement :  
Etablissement :

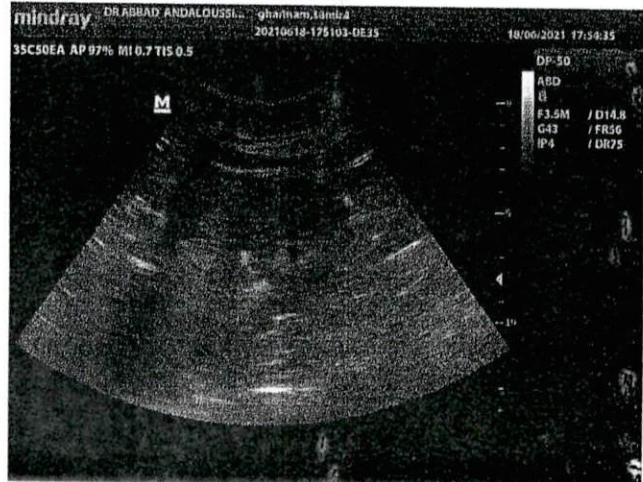
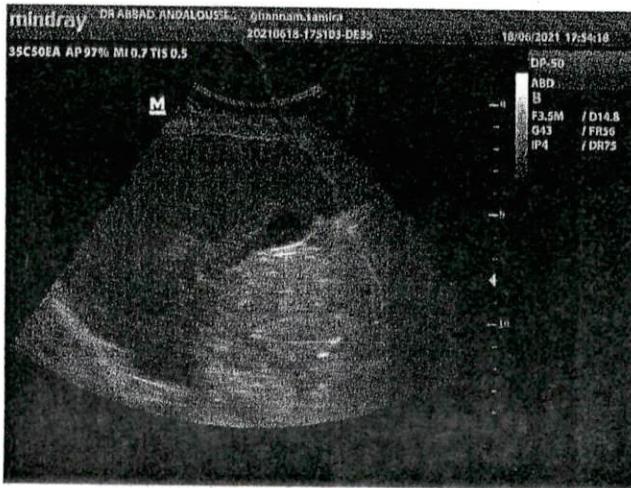




Nom:ghannam,samira  
ID:20210618-175103-DE35      Age:60Ans      Sexe:Fém.  
**ABD**  
Date examen:18/06/2021

## Abdomen Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Image ultrason



Annotation:

Annotation :

### COMPTE RENDU D'ECHORGAPHIE :

**Présence de nombreux gaz empêchant une exploration**

**Fois homogène**

**Pas de dilatation des voies biliaires intra hépatique**

**Vésicule biliaire non distendue a paroi mince**

**Reins :S P**

**Rate : R A S**

**DR ABBAD EL ANDALOUSSI SAID**

Signature . (sceau):

Date sign.:

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/decouvrir) Accès à la section

Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

**CNOPS**  
L'organisme de l'Assurance Maladie

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 Mutualités gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information ENREGISTRE 2 EN COURS DE TRAITEMENT 2 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		02/08/2021						
68401819	23/06/2021		Payé en : 40 jours	GHANNAM SAMIRA	1 085,80	261,15	43,12	304,27

Applic.  
id=con