

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 072816

MD: 79664

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2362 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NATI ABDESSAMAD

Date de naissance : 01/03/1952

Adresse : 123, RES. SEKIT, Rue Abou ELWAQT

Boumerdes

Tél. : 0664369870

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHANM Age: 60

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ 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'avis du médecin conseil de 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : G. Chamon Samir

رقم الانخراط : 349487

رقم التسجيل : 91421891652

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1426594

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

العنوان : 113 Résidence Sidi el Boukhalid

Montant des frais (Dhs) : 1085,80

عدد الوثائق المرفقة : 06

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : G. Chamon Samir

تاريخ الزيادة : 01/03/1964

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1426594

الجنس : * Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 091N033815

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 :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant
Fait à : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] : حرر بـ
Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] : في
Signature de l'assuré (e)
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 case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* اشطب الخانة

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/06/2024	38880	 <p>Avenue Dr. P. Benaboud Targui Casablanca - Tél : 06 22 20 26 97</p>
	INP: [] INPE [] 092039189	
	INP: []	
	INP: []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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

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



MME SAMIRA GHANNAM
N123 RES SETTAT RUE ABOU
EL WAGT IM 8 1 BOURGOINE

20053 CASABLANCA BOURGOINE

000068401819

Accusé de Réception

N° Réception : 68401819
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : GHANNAM SAMIRA
Immatriculation : 94691652 / 500308535
Nom et Prénom Bénéficiaire : GHANNAM SAMIRA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 23/06/2021 9:49
Lieu de réception : CASM SIEGE 90142
Valeur du dossier : 1085,60
Nombre de pièces : 6
Code Agent : 710E247

Code Etablissement :
Etablissement :

Sexe: Fém.

17 BD BIR ANZARAN - MAARIF
CASABLANCA
Téléphone: 0522237011
Fax:
Site internet:



ABD
Date examen: 18/06/2021
Equipementt utilisé: DP-50
Opérateur: Emergency

Fistule:

Monos:

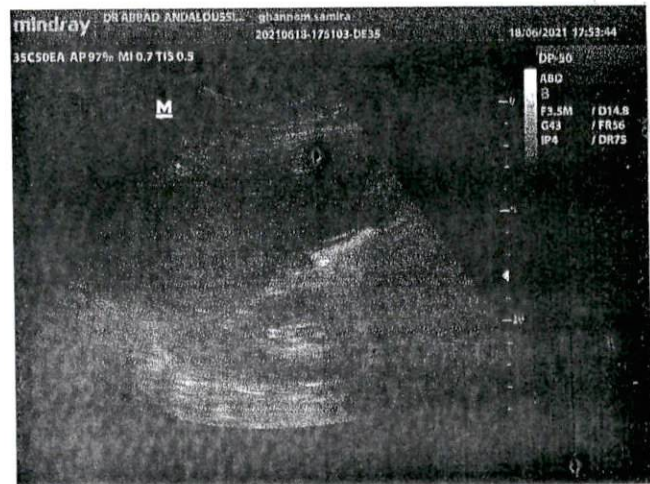
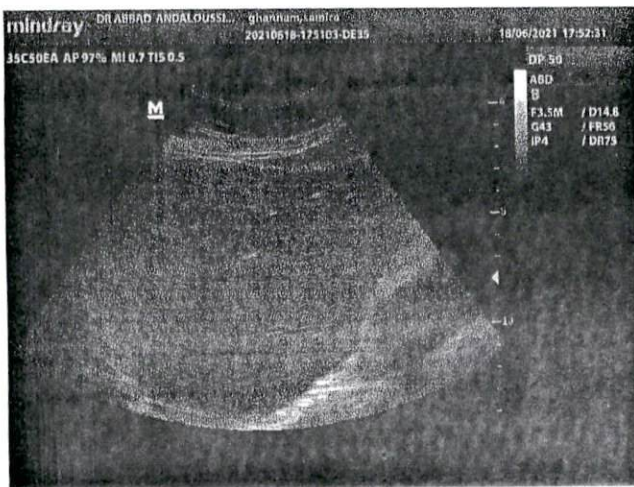
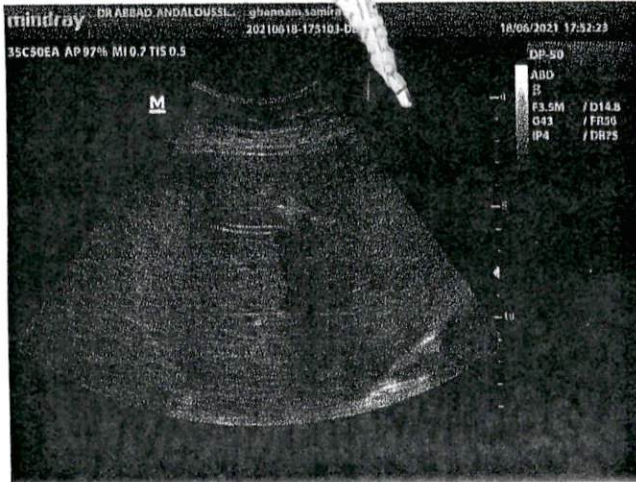
le Dig:

le Gal:

'SS

Abdomen Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason



handwritten notes:
- 100% normal
- 100% normal



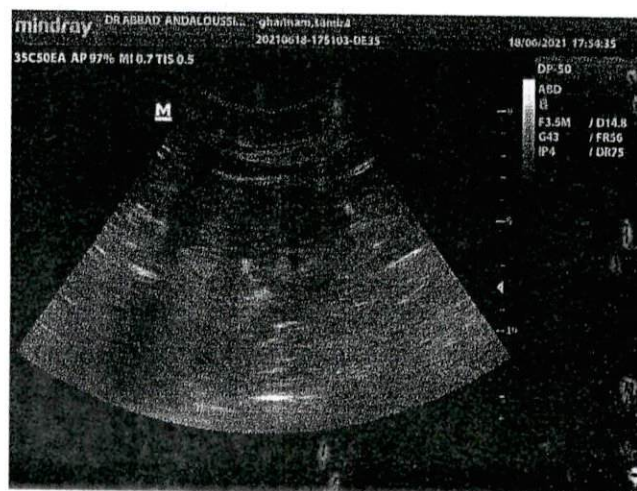
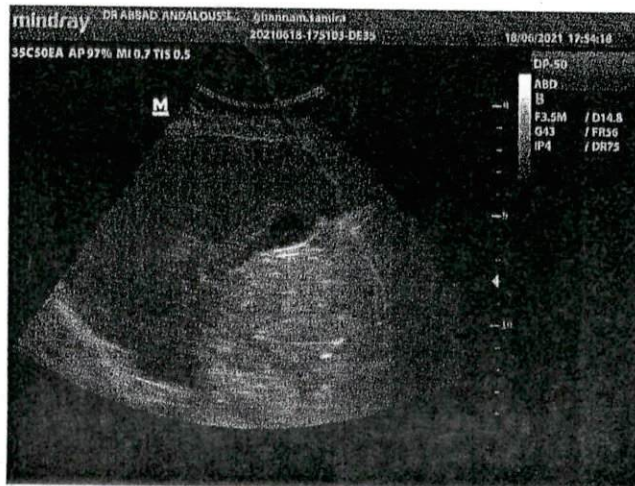
Nom: ghannam, samira
ID: 20210618-175103-DE35
ABD
Date examen: 18/06/2021

Age: 60 Ans

Sexe: Fém.

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/authentification) Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu

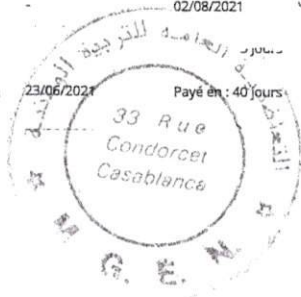


En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information	ENREGISTRE 2	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