

# 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.

## Biologie et Radiologie :

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.

## Orthopédie :

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.

## 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

89269 N° M21- 0005863

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Secours plément

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09098 Société : RAH

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUSSI Ahmed

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : 17 Rue NC Alhassan Ben Youssef 108/8

Ben Youssef Casablanca

Tél. : 0657424824 Total des frais engagés : 1158,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca Le : 25/10/2021

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



## Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tout le temps : .....

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 المشترطة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض إنماط المصاروفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

# ورقة العلاجات المتعلقة بالعرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مربع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **FETOUAKI Zoulikha**

81431

932288467

R47068

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire  
avec l'assuré(e)\*Conjoint  زوج  Enfant  ابنAdresse : **Hay AL Aglou 7m 3 Apt 19 T 28/2**  
**AL Lougloum casablanca**Montant des frais (Dhs) : **458,60**  
مبلغ المصاريف (درهم) : ..... عدد الوثائق المرفقة : .....

Nombre de pièces jointes :

## Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **FETOUAKI Zoulikha**

22021956

R47068

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

Masculin ذكر  Féminin  أنثى

## Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : .....  
نوع العلاجات

• N° INP

## Type de soins

Maladie\* 

مرض \*

Maternité\* 

أمومة \* \*

Hospitalisation\* 

استشفاء \*

Accident\* 

حادث \*

oui

non

Pli confidentiel remis\* : .....  
تم تقديم الظرف المغلق\* : .....  
تم تقييم الظرف المغلق\* : .....  
تم تقييم الظرف المغلق\* : .....Date de grossesse : .....  
تاريخ الحمل : .....  
التاريخ المرتقب للولادة : .....  
تاريخ الإستشفاء : .....  
تاريخ الحادث : .....  
أسباب الحادث : .....Date prévue d'accouchement : .....  
Date d'hospitalisation : .....  
Date d'accident : .....  
Causes : .....أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.Fait à : **casablanca**Le : **19/07/2021**

حرر : .....

في : .....

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بصدق كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare que toutes les informations ci-dessus sont exactes et véritables.Fait à : **casablanca**Le : **29/07/2021**

في : .....

توقيع وطابع الطبيب المعالج  
Signature et timbre du Médecin traitant

Signature et timbre du Médecin traitant

- INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة \*





MME ZOULIKHA FETOUAKI  
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19  
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI  
CASABLANCA  
20600 CASABLANCA SIDI BERNOUSS

000068869136

Accusé de Réception

N° Réception : 68869136  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : FETOUAKI ZOULIKHA  
Immatriculation : 93288047 / 090035932  
Nom et Prénom Bénéficiaire : FETOUAKI ZOULIKHA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 19/07/2021 13:35  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90141  
Valeur du dossier : 458,60  
Nombre de pièces : 3  
Code Agent : 9MGE188

Code Etablissement :  
Etablissement :

 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).

**MME FETOUAKI ZOULIKHA**  
 Droit Ouvert  
 22/02/1956 - R47068  
 HAY ALAZHAR IM 3'APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERNUSSI  
 CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE  
 190 780 211 110 294 193 000 686

Mon avantage direct

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger 

 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 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
- 2		06/09/2021	Virement		961.00	101,10	14,48	115,58
	68869136	19/07/2021	Payé en : 49 jours	FETOUAKI ZOULIKHA	458,60	69,10	11,48	80,58
	68869124	19/07/2021	Payé en : 49 jours	FETOUAKI ZOULIKHA	502,40	32,00	3,00	35,00
■ 1		01/02/2021	Virement		387,70	265,39	49,03	314,42