

## 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 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

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.

N° W21-618418

89267

Complément

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : ..... EDD AOUADI Ahmed

Nom & Prénom : ..... Date de naissance : ..... 01/01/1955

Adresse : ..... Hay Al Azhar 3m 3 Apt 19

Tél. : 0657 424 624 Total des frais engagés : ..... 502,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ..... 

Date de consultation : ..... / /

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

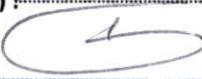
Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : 25/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : ..... 

Le : 25/10/2021

## Instructions à suivre

معلومات يحدّد الماء

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

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع :



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **FETOUAKI, Zoulikha**رقم الانخراط : **1814131**رقم التسجيل : **1910240884647**رقم بطاقة التعريف الوطنية : **AI 470068**علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابنالعنوان : **Stay Al Azizien Fm 3 Apt 19 T2 8/2  
Ahl Louaghlaam Casablanca**Montant des frais (Dhs) : **+ 502,40 Dhs**

عدد الوثائق المرفقة : \_\_\_\_\_

## Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : **FETOUAKI Zoulikha**  
المستفيد من العلاجاتتاريخ الازدياد : **26/02/1956**رقم بطاقة التعريف الوطنية : **AI 417068**  
الجنس \* : **Masculin**  ذكر **Féminin**  انت

## Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **314718239 JUIL. 2021**نوع العلاجات  
تم تقييم الطرف المطلق \* : **CASABLANCA**تاريخ الحمل : **2021**  
التاريخ المرتقب للولادة : **2021**تاريخ الاستشارة : **2021**  
تاريخ الحادث : **2021**  
أسباب الحادث : **Madina Géné**\* اضافة بمسافة من المربعات المذكورة أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.Je déclare les informations ci-dessous être exactes et véritables.  
Fait à : **CASABLANCA** حرر ب : **2021**  
Le : **19/07/2021** في : **2021**توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré (e)

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* اشطب الخانة  
\* يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

## جريدة الوصفيات التي تم تنفيذها والتحفيرات الطبية المعمونة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
5/07/2021	400,40 INP: 092049311	Pharmacie des 7 Mouloua Moflio BOGA Lot. Hay Al Azhar - Sidi Bernoussi Casab - Tél.: 05 22 76 76 98 
	INP: <input type="text" value="11111111"/>	
	INP: <input type="text" value="11111111"/>	
	INP: <input type="text" value="11111111"/>	

Docteur Mostafa SALEM

Médecine Générale

**Ex. Médecin-Chef**

- à Oujda ( C.S. EL Aïyoune )
  - à Sidi Bernoussi ( C.S. Bernoussi et C.S. Ahl Loghla )

Casablanca, le ..... 15/07/2021

MME Zoulikha FETOUAKI

PPV  
LOT  
PER

PPV 98DH8  
EXP 11/2023  
LOT 08025

**Pharmacie des Principautés**  
Lot. Hay Al Azer - Sidi Bernoussi  
Casab - Tel : 05 22 76 76 99

LOT: 201159  
PER: 04-2023  
PPV: 140,000DH

مدينتي - الطابق الأرضي - رقم 4 - مجموعة (GH4) - عمارة 8 (قرب مدرسة 11 يناير) - البرتوصي - الدار البيضاء

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

000068869124

## Accusé de Réception

N° Réception : 68869124  
(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 13:34  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90141  
Valeur du dossier : 502,40  
Nombre de pièces : 6  
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 SIDIBERNOUSSI**  
**🏦 CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE**  
**📞 190 780 211 110 294 193 000 686**

**Mes ayants droits**

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