

# 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 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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

N° M21- 0005861

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09098 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 110382  
Nom & Prénom : EDDHOUDI Ahmed  
Date de naissance : 02-01-1955  
Adresse : Hay Al Azhar 7m 3 Ap 19 T2 8/2  
Casablanca  
Tél. : 0657.424824 Total des frais engagés : 336,90 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 : Casablanca

Le : 04/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدواتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماهدية التي تتضمن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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 التماهدية

Identification de l'agent :

Date de depot du dossier :

تاريخ الإيداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
رجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : FETOJAKI Zoulikha

N° Affiliation : 814 31

N° Immatriculation : 332 288 047

N° CIN : R 47066

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint زوج

العنوان : 336 90

Montant des frais (Dhs) : 336 90

Nombre de pièces jointes : (01)

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : FETOJAKI Zoulikha

Date de naissance : 22-02-56

N° CIN : R 47066

Sexe : M ذكر

Identification du médecin traitant

N° INP : 081193476

Type de soins

Maladie مرض

Maternité أمومة

Hospitalisation استشفاء

Accident حادث

Pli confidentiel remis : Oui Non

Date de grossesse : تاريخ الحمل

Date prévue d'accouchement : التاريخ المتوقع للولادة

Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

Date d'accident : تاريخ الحادث

Causes : أسباب الحادث

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 02 02 2012

Signature de l'assuré(e)

Cachet et signature du médecin traitant

INP - Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

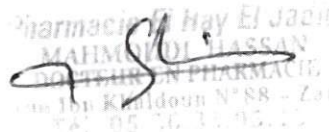

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جره الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21-01-2012	936.90	
	 INPE 082024191	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies dixième révision

**Dr. EL AMOURI** 1  
**Médecine Générale**

الدكتورة جهاد  
الطيب العام

## Ordonnance

Zajo, Le 21/10/2022

Nom: Zoulikha

93.00

1). Soclatu, 1g, 5  
15ht x 21

$$4520x^2$$

2) -  $\frac{\text{My cost} \times 1}{1 \text{ app} \times 21 \text{ n}}$

39.05

3) - Mef sal 15mg,  
1 cp / pr salt 1

1450

4)  $\frac{\text{Amol of } \text{NaOH}}{100 \times 21 \text{ g}}$

236.90



Lot N° :

Aut. no.:

PPV(DH)

**ANDOL 1000 mg** ○  
8 Comprimés effervescents



10 comprimés s/cables



ي السوق -زاو-  
elamouri.ji

شارع مدريد رقم العمار  
الهاتف: 481281



Date d'édition : 02/02/2022 11:10:32

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

## Accusé de Réception



N° de Dossier :	72323586	Date et heure :	02/02/2022 11:10
Nom et prénom Assuré :	FETOUAKI ZOULIKHA		
Immatriculation :	93288047 / 090035932		
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	FETOUAKI ZOULIKHA	/ 01	
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS		
Lieu de réception :	CASA SIEGE 90146		
Valeur en Dirhams :	336,90	Nombre de pièces :	1
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE303
Nom Etablissement :			

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

En vertu de l'article 73 de la 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).

**FETOUAKI ZOULIKHA****Droit Ouvert**

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDI BERNOUSSI CASABLANCA SIDI BERNOUSSI ( 20600 )

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

Mes ayants droits

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		16/03/2022	Virement		764,30	300,41	45,41	345,82
72323586	02/02/2022	Payé en : 42 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	336,90	154,37	23,66	178,03
72323548	02/02/2022	Payé en : 42 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	427,40	146,04	21,75	167,79
1		18/11/2021	Virement		2.762,00	1.388,11	335,91	1.724,02
2		06/09/2021	Virement		951,70	101,10	14,48	115,58
1		01/02/2021	Virement		387,70	265,39	49,03	514,42

Application Mobile SMART CNOPS - Assuré [Télécharger](#)

★★★★☆