

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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



Pour COMPLÉMENT

Déclaration de Maladie

N° M21- 042199

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahed
 Date de naissance : 21.04.1951
 Adresse : Résidence Al Manar, Immeuble P
 App: 6 Av. B. EL ANZARANE EL JADIDA
 Tél. : 0661.238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BERAMINE Ramiq 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.

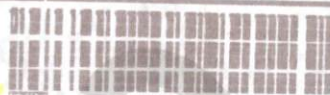
Fait à : EL JADIDA Le : 14/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Pour COMPLÉMENT

MME. BELAMINE KHADIJA
RES L MANAR IMM P APT 6
AV BIR ANZARANE

**Accusé de Réception**

EL JADIDA PRINCIPAL
24000

N° de Dossier :

72823280

Date et heure : 28/02/2022 10:04

Nom et prénom Assuré :

BELAMINE KHADIJA

Immatriculation :

93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BELAMINE KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

SIDI BENNOUR 96802

Valeur en Dirhams :

1 007,10

Nombre de pièces :

4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE418

Nom Etablissement :

[Ma Situation](#)[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](#)**PAYE****NON PAYE 1**

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
- 1	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09
72823280	28/02/2022	Payé en : 38 jours		BELAMINE KHADIJA	1 007,10	583,04	96,05	679,09
1	-	30/12/2021	Virement	-	1 657,10	723,04	110,22	833,26
1	-	29/11/2021	Virement	-	3 087,76	1 934,90	0,00	1 934,90
1	-	18/11/2021	Virement	-	3 470,00	1 725,00	316,58	2 041,58
2	-	12/10/2021	Virement	-	1 304,00	744,27	154,11	898,38
1	-	02/08/2021	Virement	-	2 883,00	1 320,00	5,00	1 325,00
2	-	19/07/2021	Virement	-	2 149,10	1 266,01	251,50	1 517,51
1	-	24/03/2021	Virement	-	774,00	388,87	77,26	466,13
1	-	01/02/2021	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	19/10/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	27/07/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13

Dr. S. BAHOSSE

Cardiologue

Spécialiste des maladies du coeur et des vaisseaux
Hypertension artérielle - Angéiologie
Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique
Echo-doppler cardiaque couleur
Echo-doppler vasculaire couleur
Holter tensionnel - Holter rythmique
Ancien chef du service de cardiologie du centre hospitalier provincial Med V d'El Jadida



الدكتورة س. باحوص

اختصاصية في أمراض القلب والشرابيين

أمراض القلب والشرابيين - ارتفاع الضغط الدموي
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال والرضع
الفحص بالصدى والأمواج فوق الصوتية للقلب
الفحص بالصدى والأمواج فوق الصوتية للشرابيين
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي
رئيسة سابقا لمصلحة أمراض القلب والشرابيين
بالمستشفى الإقليمي محمد الخامس بالجديدة

Ordonnance

El Jadida, le 27/02/2020 الجديدة في 27/02/2020

Mr. Belam... Khadija

4 Coker 5/5
208,00
K(3)
7 Cardia Ag...
27,70
K(3)



Pharmacie Jahidi
Dr. Maria Jahidi
Angle Nahj Al Rif
Tel: 05 23 35 26 70



PPV VERSO



Dr. S. BAHOSSE
CARDIOLOGUE
Av. Al Moukawama, Résidence Khadija
Oum Al Mouminine, Appt. N°2 - El Jadida
Tél: 05 23 37 20 20

64 de
3000

COVERAM 5mg/5mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

6 118001 130078



COVERAM 5mg/5mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés

6 118001 130078



COVERAM 5mg/5mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
25 FEV 2022	ECG + C2	K16	300,000		<p>S. BOUSSE CHIRDI Av. Al Moukewama, Residence Khadija Oued Al Mouminine, Appt. N°2 - El Jadida Tél: 05 23 37 20 20</p>

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25/02/2022	707,10	<p>Pharmacie Dr. Maria LAH Angle Wahj Al R Tél: 05 23 35 26 70</p>

112035100

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، 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

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

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعريض 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رجع رقم 1.1.01.01
Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **BELAMINE KHADIJA**

N° Affiliation : **297143**

N° Immatriculation : **932 805742**

N° CIN : **B 428419**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : **Residence Al Manar Imm. P Apt 6 Avenue**

BIR ANZARANE EL JADIDA

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BELAMINE KHADIJA**

Nom et prénom : **BELAMINE KHADIJA**

Date de naissance : **199812**

N° CIN : **B 428419**

Sexe * : **M** ☐ ذكر ☒ أنثى ☐ F

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1111011983**

Type de soins :

Maladie * : ☐ مرض * ☐ Pli confidentiel remis * : ☒ Oui ☐ Non

Maternité * : ☐ أمومة * ☐ Date de grossesse :

Hospitalisation * : ☐ استشفاء * ☐ Date prévue d'accouchement :

Accident * : ☐ حادث * ☐ Date d'hospitalisation :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **EL JADIDA**

le : **25/02/2022**

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصبح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : **EL JADIDA**

le : **25/02/2022**

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin (traitant ou de l'établissement de soins)

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع ومطابح التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

Av. Mohammed VI
Tél. 05 23 31 24 21

25 FEB 2022 10:10mm/mV

BELANTINE
KHADIJA

25mm/s AG50Hz+EMG35Hz

80mmx20m-30m

80mmx2

