

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.

Prescription :

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.

Prothèse 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

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



COMPLEMENT Déclaration de Maladie

M22- 0005201

115905

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAR

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROCHOI H'hamad

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Résidence walel 2, rue de Mme SASSA

Tél : 0621999896 Total des frais engagés : 600,00 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 10/8/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

0664 99 1000



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

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 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.

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 وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون 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 لاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BASSIR JANILA** : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **182166** : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **932602296** : رقم التسجيل :
N° CIN : **B 884734** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
Adresse : **ANGLE RUE DE ROME RUE ABDESSALAM** : العنوان :
ALICHATIRI, Reg. WALIL 7 ANH 8 CASSA
Montant des frais (Dhs) : **600 Dh** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BASSIR JANILA** : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **04/06/62** : تاريخ الأزيداد :
N CIN : **B 884734** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : **M** ☐ ذكر ☒ أنثى : الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **0342846** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات :
Maladie * : مرض : Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☒ Non : تم تقديم الظرف المغلق :
Date de grossesse : : تاريخ الحمل :
Maternité * : أمومة : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation * : استشفاء : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
Accident * : حادث : Date d'accident : : تاريخ الحادث :
Causes : : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci avant.
Fait à : **Cyrena** حرر :
le : **05/03/2022** في :
توقيع المؤمن له (لها) :
Signature de l'assuré(e) :
أضرب بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Cyrena** حرر :
le : **05/03/2022** في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :
Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :
INPS - Identification Nationale du Praticien
Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيدع :

وصف العمليات المجرات

[illegible]

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][

جاءت التوصيات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات الصناعات الطبية

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدكتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية و النفسية
0661152011

خريجة كلية الطب ببارود

محلفة لدى المحاكم

بالدور

١^{er} Bureau Jmdz

25 MAR 2012

Alprazolam

1/2 comprimé 3 fois par jour

1/4 comprimé 3 fois par jour

Sertraline 50 mg 1 comprimé

Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre Psychothérapeute
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Casablanca Tel 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18

Signature de 40 jours

42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء

42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca

الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

الفاكس : 05 22 22 81 34



MME BASSIR JAMILA
ANG R ROME R ABDESAM
KHATB 7
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception

N° de Dossier :	73923205	Date et heure :	25/04/2022 11:20
Nom et prénom Assuré :	BASSIR JAMILA		
Immatriculation :	93602296 / 090123522		
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	BASSIR JAMILA		/ 01
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS		
Lieu de réception :	CASA SIEGE 90141		
Valeur en Dirhams :	600,00	Nombre de pièces :	1
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE188
Nom Etablissement :			



assure app | CNOPS
cnops.org.ma



Information

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 3

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	10 506,20	1 940,67	93,63	2 034,30
73658714	11/04/2022	BASSIR JAMILA	1 493,90	392,93	64,32	457,25
73923205	25/04/2022	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00
73923227	25/04/2022	BASSIR JAMILA	8 412,30	1 395,74	22,31	1 418,05

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger

☆☆☆☆☆