

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-715512

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 119233

Nom & Prénom : Saad Moushki

Date de naissance : 08/01/1987

Adresse :

Tél. : 06 66 183 149 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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.

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 وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى المتأمنين التي تتضمن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة المنتج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (تقريباً) 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 طبقاً للمسطور القانوني.

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 المتأمنين

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مراجعة رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ELMALYH SANAN** : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **385534** : رقم الانخراط

N° Immatriculation : **438910774** : رقم التسجيل

N° CIN : **BR358278** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : العنوان

Montant des frais (Dhs) : **300** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة

Declaracion du medecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **المرضى** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **29/07/84** : تاريخ الميلاد

N° CIN : **BR358278** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** ذكر ☒ أنثى ☐ : الجنس

Identification du medecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091173664** : الرقم الوطني الاستدالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

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

Maternité * ☐ أمومة * : تاريخ الحمل :

Hospitalisation * ☐ استشفاء * : التاريخ المرفق للولاية :

Accident * ☐ حادث * : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **الدار البيضاء**
le : **06/12/2021**
في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **06/12/2021**
في :
توقيع وطابع 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

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبوع

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة الشغل Valeur Clé	المبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
06.12.2024	081			3000 DA	

CIM-10

حرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة الفاتورة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مرفق التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biostatisticien

INP : []

INP : []

INP : []

INP : []

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 الفاتورة Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP : []

[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](#)[EN COURS DE TRAITEMENT 1](#)[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	-	05/04/2022	Virement	-	300,00	160,00	40,00	200,00
72218726	27/01/2022	Payé en : 68 jours		EL MALYH SANAA	300,00	160,00	40,00	200,00
1	-	10/01/2022	Virement	-	780,00	240,00	60,00	300,00
3	-	01/12/2021	Virement	-	3 870,00	2 348,00	587,00	2 935,00
5	-	09/08/2021	Virement	-	8 656,00	6 598,60	1 411,40	8 010,00
3	-	21/06/2021	Virement	-	1 273,90	327,52	86,08	413,60
4	-	05/03/2021	Virement	-	3 546,50	2 045,67	616,31	2 661,98
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00

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

☆☆☆☆

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth\)](#) [Déconnexion](#) [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	-	08/04/2022	Virement	-	300,00	160,00	40,00	200,00
72359939	03/02/2022	Payé en : 64 jours		EL MALYH SANAA	300,00	160,00	40,00	200,00
1	-	05/04/2022	Virement	-	300,00	160,00	40,00	200,00
72218726	27/01/2022	Payé en : 68 jours		EL MALYH SANAA	300,00	160,00	40,00	200,00
1	-	10/01/2022	Virement	-	780,00	240,00	60,00	300,00
3	-	01/12/2021	Virement	-	3 870,00	2 348,00	587,00	2 935,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr)

☆☆☆☆☆