

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.

**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)

M22- 0042758

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Charif Abdellahani

Date de naissance : 15/07/1969

Adresse : 56, RUE MESSOUDIA, rue 18,  
CD, Casablanca

Tél. : 0661576344 Total des frais engagés : 2753,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2022

Nom et prénom du malade : EL YAHIA Houda Age: 15F

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 : 31/10/2022

Signature de l'adhérent :



MME ELYATIME HOUDA  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452

Accusé de Réception



075784997

N° de Dossier :

75784997

Date et heure : 15/08/2022 10:49

Nom et prénom Assuré :

ELYATIME HOUDA

Immatriculation :

43824379 / 040189599

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ELYATIME HOUDA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40125

Valeur en Dirhams :

2 753,60

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0273

Nom Etablissement :



Ce plug-in n'est pas compatible.

  Ma Situation  Remboursements  Prises en charge  Immatriculation  Menu ▾

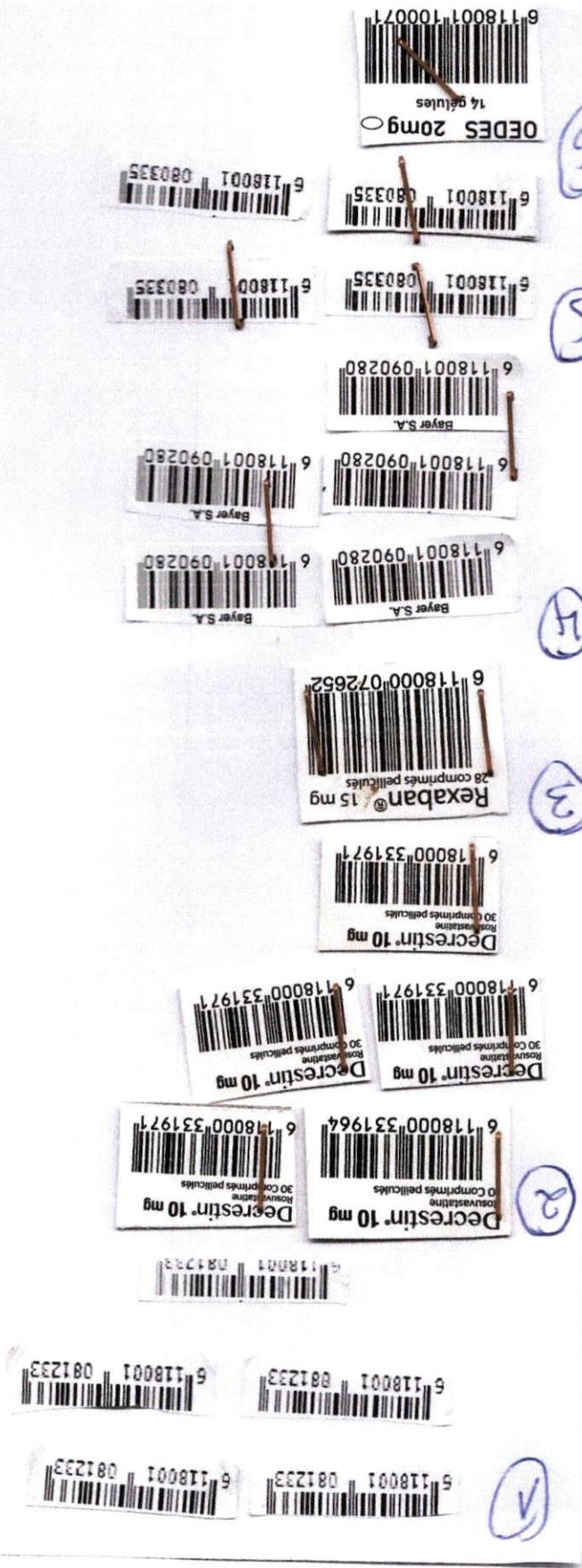
 **CNOPS**  
La sécurité c'est bon pour la santé

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

❶ 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	-	02/10/2022	Virement	-	2 753,60	1 524,05	647,45	2 171,50
75784997	15/08/2022	Payé en : 48 jours		ELYATIME HOUDA	2 753,60	1 524,05	647,45	2 171,50



CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعاونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08 08 22	2603,60	<p>PHARMACIE DOUAR MENEBOU N'SOUFISSA ROUTE 145 N° 408 BIS CASABLANCA 17809 - TEL: 0522371441 CE: 001534607000034</p>
	INP: 0920214165	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

# وصفة طبية ORDONNANCE

408108122

EL YATIME Honda

MOND- $\frac{1}{5}$ LDIEM LP300

1 157,10<sup>5</sup>)

2) - Penitentiary No my 0-~~50~~ 1  
350,00  
3) - Reservoir 15 my 1-~~5~~ 0

4) - (27,70x5) Candida-pitine 100% SV 0 - 0

3) - Convaral 2m 112 - 0 - 112  
£1.80

65 - eds 202 INIT USA 11 USA 11 INIT

⇒ III 6 m  
EDOU  
DUFISS  
231 441  
231 2034  
51

T = 2603,6/0 2 MACIEJ  
341 NOV 145 N° 108  
TEL 0522  
5670000

PHARM  
AENEBA  
45 RUE 14  
17805-1  
0153465

LIBRARY  
MAY 2014  
JAMILA  
CAT#37411  
DUE: 00/00

رقم 29 - سباتة - الدار البيضاء |هاتف: 06 63 30 09 58

06 63 30 09 58 : ماء الهاتف

دکتور بلال  
DR. BILAL HMI Radiol.  
Medical Control

## 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 patients 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.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى القاضية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الفشل أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سيق ذكره.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التعاقدية



Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: 11111111 تاريخ الإيداع:

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

**Feuille de soins Maladie**

**N° Bordereau :** ..... **N° Dossier :** ....

**خاص بالمؤمن له (ها)**

**الاسم العائلي والشخصي:** *ELYATIME Houda* **رقم الانخراط:** *343334*

**رقم التسجيل:** *4321824379* **رقم بطاقة التعريف الوطنية:** *BH3114487*

**علاءة القرابة** **بين المستفيد والمؤمن له\***  **العنوان:** *56, HAU DRAADIA DAKK*

**مبلغ المصاري (درهم):** *2753,60* **عدد الوثائق المرفقة:** *02*

**تصريح الطبيب المعالج** **المستفيد من العلاجات**

**الاسم العائلي والشخصي:** *ELYATIME Houda* **تاريخ الازدياد:** *18/05/2018*

**رقم بطاقة التعريف الوطنية:** *1813181481* **الجنس\***: *انثى*

**Bénéficiaire de soins** **ال المستفيد من العلاجات**

**Nom et prénom :** *ELYATIME Houda* **Date de naissance :** *18/05/2018*

**N° CIN :** *1813181481* **Sexe\* :** *Masculin*  *ذكر* *Féminin*  *انثى*

**Identification du médecin traitant** **نوع العلاجات**

**• N° INP** **ال رقم الوطني الاستدلالي للممارس:** *1019101609023*

**Type de soins**

<b>Maladie*</b>	<input type="checkbox"/>	<b>مرض *</b>
<b>Maternité*</b>	<input type="checkbox"/>	<b>أمومة *</b>
<b>Hospitalisation*</b>	<input type="checkbox"/>	<b>استشفاء *</b>
<b>Accident*</b>	<input type="checkbox"/>	<b>حدث *</b>

**Pli confidentiel remis\* :**  **oui**  **non** **تم تقديم الظرف المغلق \***:  **oui**  **non**  **تاريخ الحمل :** ..... **التاريخ المرتقب للولادة :** .....  **تاريخ الاستشفاء :** .....  **تاريخ الحادث :** ..... **أسباب الحادث :** ....

**Date de grossesse :** ..... **Date prévue d'accouchement :** ..... **Date d'hospitalisation :** ..... **Date d'accident :** ..... **Causes :** ....

**أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه** **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.** **Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.**

**Fait à :** *06/08/2022* **حرر ب :** *ف* **Fait à :** *01/08/2022* **حرر ب :** *ف*

**Le :** *06/08/2022* **توقيع المؤمن له (ها)** **Signature de l'assuré (e)**

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

**يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع**

**Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins**

**أشطب الخانة**

**Madame General Manager**