

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013731

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09098 Société : A38844
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EDDHOUDI Ahmed
Date de naissance : 01-01-1955
Adresse : Hay AL Azhar Im. 3 No 19 Tr 8/2
Sidi Bernoussi - Casab. Casca
Tél. : 0657424824 Total des frais engagés : 443,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : 28 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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 وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعاقدية	Cachet et signature de la mutuelle
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :</p>	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم والعائلي والشخصي : **FETOUKI. Zoulikha**
 رقم الانخراط : **81 431**
 رقم التسجيل : **932 288047**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **R 47068**
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :
 Conjoint زوج Enfant ابن
 Adresse : **Hay Al Azhar Fam 3 Ap 19 tranch 8/2**
Bonneville - casablanca
 مبلغ المصاريف (درهم) : **443,20**
 عدد الوثائق المرفقة : **(01)**
 Montant des frais (Dhs) :
 Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاج : **FETOUKI. Zoulikha**
 الإسم والعائلي والشخصي :
 تاريخ الأزيداد : **22.02.1976**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **R 47068**
 الجنس : **انثى F**
 Sexe : **M ذكر F أنثى**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **051048231**
 Type de soins :
 Maladie * **مرض** ☒ **Maternité * أمومة**
 Hospitalisation * **استشفاء**
 Accident * **حادث**
 Pli confidentiel remis * : **Oui Non**
 Date de grossesse :
 Date prévue d'accouchement :
 Date d'hospitalisation :
 Date d'accident :
 Causes :
 تم تقديم الظرف المخصص :
 تاريخ العمل :
 التاريخ المؤقت للولادة :
 تاريخ الاستشفاء :
 تاريخ الحادث :
 أسباب الحادث :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>le : 12.09.2022</p> <p>توقيع المؤمن له (ها) :</p> <p>Signature de l'assuré(e) :</p>	<p>أصرح بصحة إفادتي وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à :</p> <p>le : 01.09.2022</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

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

انطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرىة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المطلوب Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
05/08/22					Mostafa SALEM Méd. Générale Tél: 05 22 75 56 31 Permis de Conduire

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المن المطلوب Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممثل التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
05/08/22	343,20	EL ALAOUI Bouchra Docteur en Pharmacie Tél: 05 22 75 56 31 6/7 Hay Alazhar, Bernoussi - Casablanca
	092036060	

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur Mostafa SALEM

Médecine Générale
Ex. Médecin-Chef- à Oujda (C.S .ELA àyoune)
- à SiDi Bernoussi (C.S. Bernoussi)

الدكتور المصطفى سالم

الطب العام
طبيب رئيسي سابق- بوجدة (العيون)
- بالبرنوصي (المركز الصحي البرنوصي)
والمرکز الصحي أهل الغلام

blanca, le.....05/08/2022 في الدار البيضاء

Zoulikha FETOUAKI

AFLOX[®] 500 mg
10 comprimés pelliculés

PPV

LOT

PER

Spasfon[®]
30 comprimés enrobés

1° aflox 500

1 cp x 2 / j 10j

2° spasfon cp n°2

1 cp x 3 / j 5j

3° arcoxia 120

1 cp / j

4° indolan supp

1 supp / j

5° codolprane

1 cp si arthralg

Indopharm[®] 100mg
Boîte de 10 suppositoiresIndopharm[®] 50mg
Boîte de 10 suppositoiresArcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V. 134,50 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 448/16DMP/21/NT0

6 118001 160068

Codoliprane[®]
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 80 mg

PPV: 220H20

PER: 11/23

LOT: K3399

Dr. Mostafa SALEM
Médecin Généraliste
Tél: 05 22 75 56 31
Permis de Conduireمدينة - الطابق الأرضي - رقم 4 مجموعة (GH4) - عمارة 8 (قرب مدرسة 11 يناير) - البرنوصي - الدار البيضاء
Boulevard de l'Indépendance - Groupe (GH4) - Imm. 8 (à côté de l'école 11 Janvier) - Bernoussi - Casablanca

Royaume du Maroc

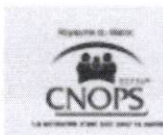


MME FETOUAKI ZOULIKHA
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI
CASABLANCA
CASABLANCA SIDI BERNOUSSI
20600

Accusé de Réception



N° de Dossier : 76207276 Date et heure : 12/09/2022 13:14
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 : 443,20 Nombre de pièces : 1
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE303
Nom Etablissement :

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

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisateur de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 8 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 SIDIBERNOUSSI CASABLANCA SIDI BERNOUSSI (20600)

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

[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
1	-	30/10/2022	Virement	-	443,20	134,13	26,34	160,47
1	-	29/07/2022	Virement	-	700,00	480,00	29,00	509,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	3 250,00	1 320,00	5,00	1 325,00
2	-	16/03/2022	Virement	-	764,30	300,41	45,41	345,82

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré ▶ Télécharger

★★★★★