

# 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7703	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Réhabe. Tc
Nom & Prénom : EL HOUNAÏD / ADDEL ILAH			
Date de naissance :	01/01/1955		
Adresse :	N° 111 nos RAM RI EL JADIDA		
Tél. :	0664123090	Total des frais engagés :	666,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	22/01/2022
Nom et prénom du malade :	SEKKAT RAJAI Age: 59
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Cramp Récurrent de dos
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/01/2022



### 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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المسترada وأسمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية إلى التعاضدية التي تتبعون 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 تعويض المبالغ المصرفية على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

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

حق التغطية من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما يبي ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

N° Bordereau : SEKKAT RAJAE

266711

932684448

C352279

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint زوج Enfant ابن

adresse : 400 Rosalie le palmier App.111 Imm.1  
route AL Jadida Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 600,00 PT

Nombre de pièces jointes : 2

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

SEKKAT RAJAE

3106181963

Date de naissance :

C352279

N° CIN :

Sexe\* :

MIMI HADDOUCHE

ذكر M انثى F

#### Identification du médecin traitant

N° INP :

INP 091044420

Type de soins :

INP

Maladie \* مرض :

Oui Non

Maternité \* امومة \* :

Oui Non

Hospitalisation \* استشفاء \* :

Oui Non

Accident \* حادث \* :

Oui Non

Pli confidentiel remis :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\* :

الرقم الوطني الاستدلالي للملامين :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المتعلق :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca

le : 08/11/2022

حرر : SP

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : Casablanca

le : 08/11/2022

حرر : SP

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant et/ou du praticien

Docteur DEBBACHE

Médecin général

\* اشطب المقدمة

Centre Commercial Nadia

Route d'El Jadida - Maârif - Casa

Tél.: 05 22 98 22 57

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المحا

جبر: الوصفات التي تم تففيتها و التجهيزات الطبية المموجة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاعباء، الاشعة و المصور

**Actes Paramédicaux**

三



MME SEKKAT RAJAE  
RES PALMIERS N400 APT111

R  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 77733847 Date et heure : 30/11/2022 11:21

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 666,00 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

█ (/portailapps/www/index.php/assures/auth) [Me Situer](#) [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
ENREGISTRE 2
EN COURS DE TRAITEMENT 3
REJET 2
PAYE
RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	2 143,00	957,54	148,95	1 106,49
77734022	30/11/2022	SEKKAT RAJAE	865,00	435,50	70,40	505,90
77733944	30/11/2022	SEKKAT RAJAE	612,00	212,69	19,47	232,16
77733847	30/11/2022	SEKKAT RAJAE	666,00	309,35	59,08	368,43

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

Docteur DEBBARH L

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

DoliGrippe®

Percarbonate - Vitamine C - Mélange de Phénolacette

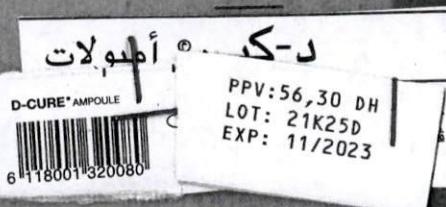
PPV: 20DH00  
PER: 07/25  
LOT: L2380

ROVAMYCINE 3MUI  
CP PEL B10  
P.P.V. 92DH40  
PER.: 03/2025

6 118000 060260

الطب العام

إقامة نادية - المركز التجارى  
شارع عبد الرحمن بن معاذ (طريق)



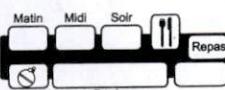
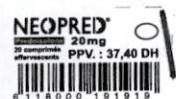
NEOPRED® ED®  
Prednisolone 20mg

Indications - Contre-indications - Posologie - Mode d'emploi : lire notice intérieure.

! ارشادات - محاذير عدم الاستعمال - المقدار - كثافة الاستعمال - إقرأ النصائح

Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.

AMM N°: 280/19DMP/21/NNP

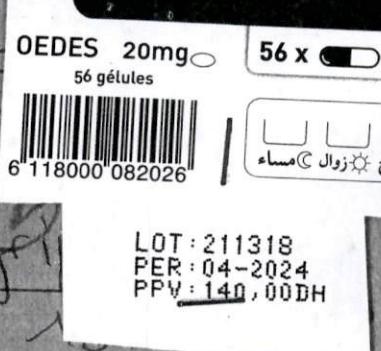


ENROUEX®  
Propolis - Vitamine C  
Eucalyptus - Echinacea - Gingembre

LOT 22.205/FC25  
Propriétés 07/2025 PPC 45,80  
F. A. est composé de plantes dont les g. pour

ENROUEX®  
10 comprimés à sucer

6 111255 810208



0/0 →

516,30 - S-Cure (B de U) S.V.

45,80 1 amp 115 J  
- Enrover cp sucre

140,00 3 syr 15  
- Odes 1 amp 15

TOTAL: 516,00  
pharmacie MIMOSAS  
Hind LAKHMI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

Docteur DEBBACHE Lamine  
Médecine générale  
Centre Commercial Nada, Immeuble  
Route d'El Jadida - Maroc - Casablanca  
Tél: 05 22 98 22 57

Pharmacie MIMOSAS  
Hind LAKHMI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

