

# 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.

M22- 0005588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : R.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : T. A. Z. W. Abdellah

Date de naissance : 1/6/55

Adresse :

Tél. : 0661 155657

Total des frais engagés : 963.00 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 : 22/12/82

Signature de l'adhérent(e) : Abdellah

## Instructions à suivre

tablir une feuille de soins par personne et ar événement.

a 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.

## Instructions à suivre

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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### Signature et tampon de l'assuré

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایدیع :

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي :

BENBONA BAKER AMAL

169860

431253389

B84832

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 10 R.E.SIDENCE CORNICHE BD ABDELHAD  
BOUTAHBET CASABLANCA

963DH

04

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

Paul BAKER AND

Nom et prénom :

130954

Date de naissance :

324232

N° CIN :

M ذكر F انتي

Sexe\* :

### Identification du médecin traitant

N° INP

INP : 091130922

#### Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Maternité \*

أمومة \*

Tarifé au prix de l'hôpitalisé

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Tarifé au prix de l'hôpitalisé

Accident \*

حادث \*

Tarifé au prix de l'hôpitalisé

أشهد بصدقية و صحة المعلومات المدونة أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASA

le : 12/09/2012

في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (s)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المدونة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASA

le : 13/09/2012

توقيع والمؤمن له (لها)

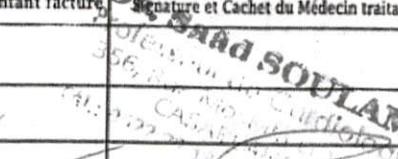
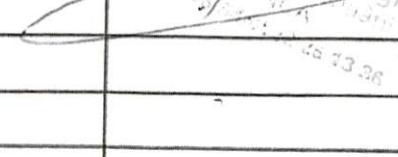
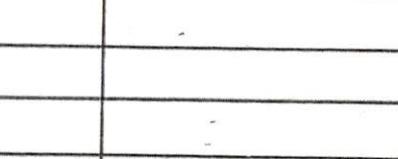
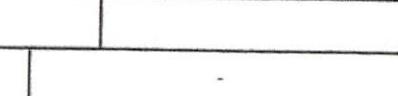
Signature de l'assuré (s)

توقيع والمؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (s)

**description des actes effectués**

صف العملات المحرّاة

نوع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	المبلغ المفتوت Montant facturé	قيمة المعامل Valeur Clé	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
	333	333	333	333	333
	333	333	333	333	333
	333	333	333	333	333
	333	333	333	333	333

CIM - 10

حد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات



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

💡 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	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,00

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



# BILAN BIOLOGIQUE

Dr Saâd SOULAMI  
Prise en charge de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

Le.....  
Mme.....

<input checked="" type="checkbox"/>	NFS	<input checked="" type="checkbox"/>	Cholestérol total
<input checked="" type="checkbox"/>	VS	<input checked="" type="checkbox"/>	HDL cholestérol
<input checked="" type="checkbox"/>	C.R.P	<input checked="" type="checkbox"/>	LDL-C
<input checked="" type="checkbox"/>	Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/>	Triglycérides
<input type="checkbox"/>	Glycémie post prandiale	<input checked="" type="checkbox"/>	ASAT et ALAT
<input checked="" type="checkbox"/>	Hémoglobine Glyc. A1C	<input type="checkbox"/>	Gamma GT
<input checked="" type="checkbox"/>	Urée sanguine	<input checked="" type="checkbox"/>	Microalbuminurie de 24 h
<input checked="" type="checkbox"/>	Créatinine sanguine	<input type="checkbox"/>	ECBU + Antibiogramme
<input checked="" type="checkbox"/>	Acide urique	<input type="checkbox"/>	ASLO
<input checked="" type="checkbox"/>	Ionogramme sanguin - Sodium (Na <sup>+</sup> ) - Potassium (K <sup>+</sup> ) - Calcium (Ca <sup>+</sup> )	<input type="checkbox"/>	T3 - T4 - TSH $\mu$ s
<input checked="" type="checkbox"/>	P.S.A	<input type="checkbox"/>	Sérologie H.V.B
<input type="checkbox"/>	Ferritine	<input type="checkbox"/>	Sérologie H.V.C
<input type="checkbox"/>	G.O.T / G.P.T	<input type="checkbox"/>	TP / INR
<input type="checkbox"/>	Troponine	<input type="checkbox"/>	Vit D total
<input type="checkbox"/>	D-dimères	<input type="checkbox"/>	Protéinurie des 24 H
<input type="checkbox"/>	Protidémie		

*Cachet du médecin*

Dr Saâd SOULAMI  
Prise en charge de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA