

# 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

- 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Hammou Abdellah

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : Résidence 45 Manar Imm. R App 6

Av. Bziz An Zarzane

Tél. : 0661 23 84 70 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : BELAMINE KETAFIA 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 : EL Jadida Le : 23/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....



MME BELAMINE KHADIJA  
RES L MANAR IMM P APT 6  
AV BIR ANZARANE



Accusé de Réception



EL JADIDA PRINCIPAL  
24000

N° de Dossier :

77854113

Date et heure : 07/12/2022 10:24

Nom et prénom Assuré :

BELAMINE KHADIJA

Immatriculation :

93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BELAMINE KHADIJA / 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

EL JADIDA 90810

Valeur en Dirhams :

1.055,60

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE171

Nom Etablissement :

**Dr. CHIBANE Sara**  
Cardiologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Echocardiographie de l'université de Bordeaux-France
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ancien médecin interne du CH Louis Pasteur, Chartres-France



**الدكتورة شيبان سارة**  
أخصائية أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم الفحص بالصدمة للقلب من جامعة بودو، فرنسا
- طبقة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن شد بالدار البيضاء
- طبقة داخلية سابقاً بمستشفى لويس باستور شارل بفرينسا

El Jadida le : 06/12/2022

Home Belcamin 12 Raditya

1) Cetaciam 515mg  
208,00  
X3  
1  
1  
27/12/02) Cardiospirine 108mg  
1cplq à midi 03mai  
27/12/02  
X3  
1  
1  
97,90  
3) Oxfidex 200mg  
1cp x 2ly pdt 06p.  
Pharmacie Jahlidi  
Dr. Maria Nahjai Al A  
Tel: 0523 352711  
Angle Nahjai Al A  
11, Bd Kassem Ziri (ex Allal El Fassi), Résidence Noussaj, 1<sup>er</sup> étage, Appt.n°5, bay, Al Matar  
(à côté café Le Maréchal El Jadida,  
Tél. : 0523802770 | e-mail : dr.sara.chibane@gmail.com

DR. CHIBANE SARA  
El Jadida 0523 352711  
1<sup>er</sup> étage bay Al Matar  
0523 802770

LOT 220205 2

EXP 01 - 24

PPV 97.90 DH

Oiken® 200 mg

Céfixime

Remousset AMO

Boîte de 8 comprimés pelliculés



6 118000 022336

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



COVERAM® 5mg/5mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078

COVERAM® 5mg/5mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078

COVERAM® 5mg/5mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078



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 Mutualées gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

NON PAYÉ 1

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	-	21/01/2023	Virement	-	1 055,60	651,57	111,72	763,29
77854113	07/12/2022	Payé en : 45 jours		BELAMINE KHADJIA	1 055,60	651,57	111,72	763,29
■ 1	-	30/10/2022	Virement	-	1 437,10	925,64	198,20	1 123,84
■ 1	-	01/08/2022	Virement	-	907,10	503,04	92,55	595,59
■ 1	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★

## 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 ya 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

Identification de l'agent : .....	توقيع و طابع التغطية
Date de dépôt du dossier : .....	تاريخ الإيداع : .....

## 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 المشتراء وأثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى التعاقدية التي تشنون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، معاذًا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحال ، يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## 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)

الإسم العائلي والشخصي : BELAMINE KHADIDJA

287143

032 805742  
B 428419

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن العنوان : RESIDENCE AL HANAN Imm. P App 56

Adressse : Av. BIR ZARZANE EL JADIDA

Montant des frais (Dhs) : 1055,60 -

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

### Identification du médecin traitant

N° INP

### Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* :

Oui

Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Date d'hospitalisation :

Accident \*

حادث \*

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : EL JADIDA حرب  
le : 06/12/2022 في :

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : EL JADIDA حرب  
le : 06/12/2022 في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* انتبه الخاتمة

### description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع العلاج	الدواء	المقدار	التاريخ
دواء	دواء	دواء	دواء
دواء	دواء	دواء	دواء
دواء	دواء	دواء	دواء
دواء	دواء	دواء	دواء

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور والأشعة والاحياء الالكترونات

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات

06/12/2022 12:36:48

ID: 06/12/22 03

BELOMINE

KHADIJA

FEMME 65 Année

FC/RR néd: 74 bpm/809 ms

PR: 150 ms

QRS: 84 ms

Axes: 57°/-41/30°

QT/QTcH: 398/422 ns

QTcB: 442 ms

QTcF: 426 ms

Rv5-6/Sv1: 0.718/0.552 mV

Sok-Lyon: 1.278 mV

Rythme sinusal

Bloc du faisceau antérieur gauche possible

ECG limite

R. CHIBANE SARA  
Cardiologue  
Dr Kassem Ziriri, Residante M. Assair  
etage N 5 Hay el Marzouk Janda  
tel : 0523 80 27 78



25mm/s 10mm/mV LP: 40Hz AC:50Hz

Cardioline ECG200L 2.20.9990 SN:0863200C