

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- 0013634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993 Société : NAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. SOUHAIL LAHCEN

Date de naissance : 13/01/1958

Adresse : WAFAT 1772 AL WILAY AS9 OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0668982771 Total des frais engagés : 1408,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément joint

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ENNAIM IHAM Age : 61

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : (Complément joint)

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 : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الاطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

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

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ENNAIM ELHAM** : الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **11421951** : رقم الإنخراط
N° Immatriculation : **9132142196219** : رقم التسجيل
N° CIN : **B1439826** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : **WAFAT IMAM AL WITAM N-9 DULCA CARABIA** : العنوان
Montant des frais : **210950** Dhs : مبلغ المصاريف
Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **ENNAIM ELHAM** : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **22/09/1969** : تاريخ الإزدياد
N° CIN : **B1439826** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe : **M** ☐ ذكر **F** ☒ أنثى : الجنس *

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091130732** : الرقم الوطني الإستدلالي للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie* ☐ مرض* : Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق*
Maternité* ☐ أمومة* : Date de grossesse : : تاريخ الحمل
Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة
Hospitalisation* ☐ استشفاء* : Date d'hospitalisation : : تاريخ الإستشفاء
Accident* ☐ حادث* : Date d'accident : : تاريخ الحادث
Causes : : أسباب الحادث
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصح كل ما ذكر أعلاه.
Fait à : **CASABLANCA** : حرر بـ
le : **21/11/2022** : في :
Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له (لها)
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Fait à : **CASABLANCA** : حرر بـ
le : **10/11/2022** : في :
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* أشطب الخانة

CIM-10			
--------	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفقودة Prix facturé	مطابق الصيدلي أو مهندس الطباعة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou du fournisseur de dispositifs médicaux
10/11/22	1108,50	Pharmacie Salma Bd. Oum Rabia El-Hadad Magesh (N° 15 Hay Hassani) Tél: 89.57.72 - CASA BENABDERRAHMANE
	INP: 92052208	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات : الإحياء ، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou biologiste	
INP :						
INP :						
INP :						

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					



MME ENNAIM ILHAM

BD OUM RABII IMM 2 ETG 3

APPT 9 OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA HAY EL OULFA

20202

Accusé de Réception



N° de Dossier :

77674713

Date et heure : 26/11/2022 10:22

Nom et prénom Assuré :

ENNAIM ILHAM

Immatriculation :

93429629 / 090088639

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ENNAIM ILHAM

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90158

Valeur en Dirhams :

1.408,50

Nombre de pièces :

1

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE398

Nom Etablissement :

Diplômée de la Faculté de Paris



خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

10 NOV. 2022

MENNAIM ILHAM
72. n x 3

- Detonase 1 20-
 20-
 - Digoxin 1/2g
 35/11 1/2g Alber
 1/2g Mercedes
 1/2g John

185,70 x 3
 - water
 28,00 x 4
 5000

Therapeutic 3 wks
49,60x4 - DCURE Feb - Nov. VUJ
No cigarette p - - 1st / 1st
N-16
11/15; N-6
1st / 1st N-6

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tel : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH



6 118001 183111



3400933466091



Remboursable

6 118001 320103

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH



6 118001 183111



Remboursable

6 118001 320103

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333



Remboursable

6 118001 320103

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025



Remboursable

6 118001 320103

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025



cnops.org.ma/assure



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Accueil | Prévention | Employeurs | Mentions légales | Mutuelles | Liens utiles | Contact | العربية

Recherche

ok

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas compatible.



Accueil > Application > assure app



Ma Situation

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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

NON PAYE 2

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	-	20/01/2023	Virement	-	1 408,50	1 182,70	8,50	1 191,20
77674713	28/11/2022	Payé en : 53 jours		ENNAIM ILHAM	1 408,50	1 182,70	8,50	1 191,20
1	-	19/01/2023	Virement	-	240,00	172,80	43,20	216,00
1	-	03/10/2022	Virement	-	175,00	129,60	32,40	162,00
1	-	11/08/2022	Virement	-	180,00	129,60	32,40	162,00
1	-	30/06/2022	Virement	-	180,00	132,00	33,00	165,00
1	-	23/04/2022	Virement	-	1 867,60	1 465,70	265,90	1 731,60
1	-	16/03/2022	Virement	-	240,00	164,80	41,20	206,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★

Contrôle Médical RO

* AFFICHAGE *

L295TPV0 L295TDV0

5/01/21

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA CMR CAISSE MAROCAINE DES RETRAIT

090088639 01 MME ENNAIM ILHAM

NO 518 BD MOUDIBOUKEITA CASABLANCA 20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

N° dossier : 37193750

Adhérent : 93429629 Rang : 01

Période de couverture : du 4/12/2020 au 4/12/2025

Avis : N RENOUVELLEMENT AUTOMATIQUE ALD Date de retour : 7/09/2020

Exonération : L ALD

Lettre clé : E022 MONOVALVULOPATHIE MITRALE

Quantités accordées : 1,00 Montant accordé :

Quantités consommées : Montant consommé :

Coefficient : Taux :

Date de prescription : Prescripteur :

Date de départ au CM : 7/09/2020

N° dents :

Commentaire :

Der. MAJ : 07092020 Util : CN8070

