

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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- 0021780

12720

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAHABI Abderrahmene

Date de naissance : 1951

Adresse : 70 Rue Mikhaïl Nouâma Apt 10 Casablanca

Tél. : 06 19 86 35 21 Total des frais engagés 478,00 (738,00) Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 08 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

### Cachet et signature de l'agent

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع :

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 وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

CNOPS

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

تأمين الإيجاري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.02.01

رم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

م العائلي و الشخصي : KOUBAISSE Chadia

8668821

N° Affiliation :

4528662821

N° Immatriculation :

M61969

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة

Adresse : 10, Rue Nizhail Nouaime App. n° 10 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 738,00 DH

Nombre de pièces jointes : 05

### متقديم من العلاجات

م العائلي و الشخصي : KOUBAISSE Chadia

1031081513

Nom et prénom :

Date de naissance :

M61969

N° CIN :

Sexe\* : M  ذكر F  أنثى

### العلاجات

N° INP

Type de soins

Admission ALD\* :

N° dossier ALD\* :

Code ALD :

Oui

Non

Soins ambulatoires\*

أعلاف خارجية\*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Hospitalisation\*

استشفاء\*

Date d'hospitalisation : .....

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

Fait à : Casablanca  
Date : 12/01/2012  
In : 12/01/2012

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

صرح بمصداقته وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables

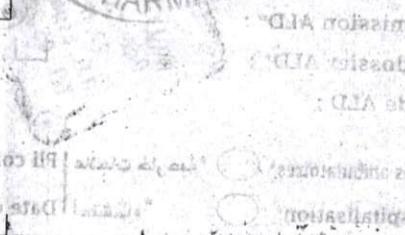
Fait à : Casablanca  
Date : 12/01/2012

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

1/12/21 (cs)

300.00

CIM - 1

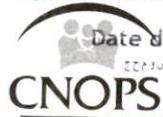
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الفن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او موئن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
٢٠٢٢/١٢/١٨	٤٣٨,٥	
	INP : [REDACTED] INPE : 92044841	



501.0

MME KOUBAISSA CHADIA  
N 10 RUE MIKHAIL NOUAIMA  
APPT 10  
CASABLANCA  
CASABLANCA 2 MARS  
20502

Royaume du Maroc



Date d'édition : 18/01/2023 11:56:27

Accusé de Réception



N° de Dossier :

78655727

Date et heure : 18/01/2023 11:56

Nom et prénom Assuré :

KOUBAISSA CHADIA

Immatriculation :

45866282 / 500304368

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

KOUBAISSA CHADIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

LAAYOUNE 40505

Valeur en Dirhams :

738,00

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0543

Nom Etablissement :

M61969  
45. 866 282



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

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) Mes Situations 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

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

❶ 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	-	02/03/2023	Virement	-	738,00	350,30	128,70	479,00
78655727	18/01/2023	Payé en : 43 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	738,00	350,30	128,70	479,00
- 1	-	07/07/2022	Virement	-	888,00	149,80	24,20	174,00
74365075	23/05/2022	Payé en : 45 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	888,00	149,80	24,20	174,00
- 2	-	01/06/2022	Virement	-	1 910,60	768,98	134,42	903,40
73614644	07/04/2022	Payé en : 54 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	1 400,20	512,06	45,74	557,80
73614537	07/04/2022	Payé en : 54 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	510,40	256,92	88,68	345,60
- 1	-	13/04/2022	Virement	-	3 750,00	600,00	150,00	750,00
71851234	07/01/2022	Payé en : 96 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	3 750,00	600,00	150,00	750,00