

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0021780

152720

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHABI Abderrahmane

Date de naissance : 1951

Adresse : 10 Rue Mikheil Novakine App+10 Casablanca

Tél. : 0619863521 Total des frais engagés : 478,00 (738,00) 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 : 08 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأخذتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

تأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01 رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Nom et prénom : Koubaissa Chadia : م العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 866282 : الانخراط :

N° Immatriculation : 452866282 : التسجيل :

N° CIN : M61969 : بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Adresse : n° 10 Rue Dikhoul Nouaïma App 10 Casablanca : وان :

Montant des frais (Dhs) : 738,00 DH : المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 05 : الوثائق المرفقة :

Bénéficiaire de soins : Koubaissa Chadia : متفيد من العلاجات

Nom et prénom : Koubaissa Chadia : م العائلي و الشخصي

Date de naissance : 10/3/83 : تاريخ الميلاد :

N° CIN : M61969 : بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر ☒ F ☐ أنثى : جنس *

N° INP : 091241257 : م الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : Chronic : العلاجات

Admission ALD* : Oui ☒ Non ☐ : المرض المزمن :

N° dossier ALD* : : ملف المرض المزمن :

Code ALD : : المرض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ ☒ EPL confidential remis* : Oui ☒ Non ☐ : تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☐ ☒ Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :

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

Fait à : Casablanca : حرر بـ :
le : 26/11/2012 : في :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

سرح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques

Fait à : Casablanca : حرر بـ :
le : 26/11/2012 : في :
توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

MME KOUBAISSA CHADIA



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب براحدة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي

وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديديو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكار

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبترير و بمستشفى 20 غشت البيضاء

Casablanca le : 26/12/2022

95,50 Efloxin

1 Comprimé le midi après repas, pendant 7 jours

30,20 Fluibron 0,3 % - sirop

1 cuillère, matin et soir, pendant 8 jours

79,50 Additiva multivitaminée

1 comprimé matin pendant 10 jours

234,10 Budena 200 µg - aerosol buccal

2 bouffées matin et soir pendant 14 jours Se rincer la bouche après

EFLOXIN®
Comprimés pelliculés sécables



LOT : 220192
EXP : 02/2027
PPV : 95,00 DH

Fluibron® 0,3%
Ambroxol



BUDENA® 200 mcg
Aérosol pour inhalation buccale
200 doses



LOT: 070R012B
EXP: 11/23
PPV: 234DH00

PPC : 79DH00



05.2024
L210052s



Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tel : 05 22 00 12 10 / E-mail: pneumologiecmm@gmail.com

5030

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

N° de Dossier :

78655727

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

Code Etablissement :

Nom Etablissement :

Nombre de pièces :

5

Agent de réception :

M4M0543

Royaume du Maroc



Date d'édition : 18/01/2023 11:56:27

Accusé de Réception



M61969
45. 866 282



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

Accueil > Application > assure app

[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

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	02/03/2023	Virement	-	738,00	350,30	128,70	479,00
78655727	18/01/2023	Payé en : 43 jours		KOUBAISSA 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		KOUBAISSA 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		KOUBAISSA CHADIA	1 400,20	512,06	45,74	557,80
73614537	07/04/2022	Payé en : 54 jours		KOUBAISSA 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		KOUBAISSA CHADIA	3 750,00	600,00	150,00	750,00

Assurés | Producteurs de soins | Employeurs | Plan du site

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
Licence SQLI