

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- 0010624 (complément)
153494

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DIAMANE MOSTAFA
Date de naissance : 1955
Adresse : Lot el Othmanie n° 62 Sidi Maarouf
Case
Tél. : 0666 180944 Total des frais engagés : 796,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ELHARRAMI NAJIMA Age : 1956
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 : Casa Le : 15/03/2023
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



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 2

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	-	02/03/2023	Virement	-	500,00	120,00	5,00	125,00
 1	-	17/02/2023	Virement	-	796,40 ✓	198,00	13,20	211,20 ✓
 1	-	30/10/2022	Virement	-	766,60	331,62	23,99	355,61
 1	-	23/03/2022	Virement	-	5 098,60	2 268,76	437,61	2 706,37
 1	-	01/03/2022	Virement	-	600,00	350,00	50,00	400,00

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

☆☆☆☆☆



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : EL HARRAMI NAJIMA
رقم الانخراط : 133395
رقم التسجيل : 032405840
رقم بطاقة التعريف الوطنية : L131396
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له :
Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐

العنوان : Lot ELOTHIMANIA N° 62 Sidi MAAROUF
Paca

مبلغ المصاريف (درهم) : 796.40 dhs
عدد الوثائق المرفقة : 01

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : el Harrami Najima
الاسم العائلي والشخصي : 07031956
تاريخ الزيداد : L131396
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس : M ☐ ذكر ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات :
تم تقديم الظرف المغلق : * ☒ Oui ☐ Non
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :
Pli confidentiel remis :
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
مرض * ☒
أمومة * ☐
استشفاء * ☐
حادث * ☐

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

Fait à : Paca
le : 22/11/2022
حرر في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقة صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Paca
le : 22/11/2022
حرر في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

description des actes effectués


وصف العمليات المجراة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
8/10/22	G-F			350	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعقولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux										
28/10/2022	446,40											
	INP :  092008556											
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

Pharmacie AL OUKHOUBA
88, Lois - RAKA
Tel : 05 22 32 12 40
Sidi Maarouf - Casa

Royaume du Maroc



5.0.5.0

Date d'édition : 21/12/2022 10:47:46

MME EL HARRAMI NAJIMA
ETS TARIK IBNOU ZIAD 3.69

CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 78124683
Nom et prénom Assuré : EL HARRAMI NAJIMA
Immatriculation : 93405840 / 090080407
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HARRAMI NAJIMA
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90170
Valeur en Dirhams : 796,40
Code Etablissement :
Nom Etablissement :

Date et heure : 21/12/2022 10:47

/ 01

Nombre de pièces : 4

Agent de réception : 9MGE480

21.12
17/12/23