

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

*Complément (épouse)*

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009081

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : SABIRI BOUAFZA Date de naissance : 10/02/1960

Adresse : 86 L'assissement Abderrahim 1 - MEDIOUVA - Casab

Tél. : 06 76 04 19 56 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

167498

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

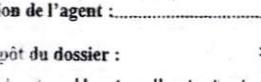
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
<b>Etablir une feuille de soins par personne et par événement.</b>	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
<b>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).</b>	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
<b>Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.</b>	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
<b>Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.</b>	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأسمتها بالوصفات المرسلة.
<b>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.</b>	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الأحياط الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول علاج طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحال، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.
<b>Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.</b>	سيتم تعريف السباق المتصدرة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
<b>Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.</b>	الأخطر الناجمة عن حوادث الشغف والأمراض الهيئة غير قابلة للتعريف.
<b>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.</b>	كل من ثبت عليه غش أو تصرّف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، يعاقب طبقا للمساطر القانونية.
<b>L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.</b>	حق التعريف من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الأحياط الاجتماعي رهن باحراز الشروط القانونية وكل ما يبيّن ذكره.
<b>توقيع وطابع التعاونية</b> <b>Cachet et signature de la mutuelle</b>	
<b>Identification de l'agent :</b> _____	
<b>Date de dépôt du dossier :</b> _____	
<b> تاريخ الإيداع :</b> _____	
	

 <p>ص و م ح ج CNOPS</p>		<h1>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h1> <h2>Feuille de Soins Maladie</h2>		<p>التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire</p>
<p>N° Bordereau :</p>		<p>N° Dossier :</p>		<p>Réf ANAM 1.1.01.01</p>
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : <b>EMNARBALI AMINE</b></p>		<p>الإسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Affiliation : <b>35501916</b></p>		<p>رقم الإنخراط :</p>		
<p>N° Immatriculation <b>9132901801914</b></p>		<p>رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN :</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*</p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *</p>		
<p>Conjoint <input type="checkbox"/></p>		<p>زوج <input type="checkbox"/></p>		
<p>Enfant <input type="checkbox"/></p>		<p>ابن <input type="checkbox"/></p>		
<p>Adresse : <b>36 La fiscane Abderrahim Meddouar</b></p>		<p>العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : <b>1751,90</b> درهم</p>		<p>مبلغ المصاري :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <b>9</b></p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du médecin traitant تصریح الطبيب المعالج</p>				
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>				
<p>Nom et prénom : الإسم العائلي والشخصي :</p>				
<p>Date de naissance : تاريخ الإرداد :</p>				
<p>N° CIN : <b>18728701</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>				
<p>Sexe : <b>M</b> ذكر <b>F</b> أنثى الجنس :</p>				
<p>Identification du médecin traitant تصریح الطبيب المعالج</p>				
<p>N° INPE : <b>091002725</b> الرقم الوطني الاستدلالي للمسارس :</p>				
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>				
<p>Maladie* <input type="checkbox"/> * مرض Pli confidentiel remis* Oui Non تم تقديم الظرف المغلق :</p>				
<p>Maternité* <input type="checkbox"/> * أمومة Date de grossesse : تاريخ الحمل :</p>				
<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> * استئصال Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :</p>				
<p>Accident* <input type="checkbox"/> * حادث Date d'accident : Date d'accident : تاريخ الحادث :</p>				
<p>Causes : أسباب الحادث :</p>				
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p>				
<p>Fait à : <b>Meddouar</b> حرب : <b>27/10/2021</b> في : <b>لهم المؤمن له</b> توقيع المؤمن له (لها)</p>				
<p>Signature de l'assuré(e)</p>				
<p>أصرح بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p>				
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>				
<p>Fait à : <b>Meddouar</b> حرب : <b>27/10/2021</b> في : <b>لهم المؤمن له</b> توقيع المؤمن له (لها)</p>				
<p>Signature de l'assuré(e)</p>				
<p>Cachet et Signature du Médecin responsable de l'hôpitalissement de soins</p>				
<p>54 AVENUE BOUZIANE SALAMA II SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 02 55 41 08</p>				

CIM-10

## حدائق الصلوات تنفيذها وتحميمات الطيبة الممونة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/03/23	1451,90	<p>Pharmacie NASR ALLAH Mr MAAMAR Jamal Docteur En Pharmacie 43 Lot Nasr Allah 2 - Mediouma Casablanca Tél: 05 22 33 85 09</p>
	INP : 0920444987	
	INP :	
	INP :	
	INP :	

CIM -10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INP:

الطبين المساعدات عمليات

توقيع وطبع المساعد الطبي

Actes Paramédicaux						المساعدات الطبية
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفتوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INP :						
INP :						
INP :						

[NP : | | | | | | | ]



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

ⓘ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	28/06/2023	Virement	-	1 278,50	1 148,50	0,00	1 148,50
80889952	16/05/2023	Payé en : 43 jours		EDDARBALI AMINA	1 278,50	1 148,50	0,00	1 148,50
- 2	-	27/06/2023	Virement	-	2 421,90	1 044,70	0,00	1 044,70
80738698	09/05/2023	Payé en : 49 jours		EDDARBALI AMINA	1 751,90	772,70	0,00	772,70



## Accusé de Réception



MME EDDARBALI AMINA  
LOT ABDERRAHIM 1 NO 86

MEDIOUNA CASABLANCA  
MEDIOUNA  
20490

N° de Dossier : 80738698 Date et heure : 09/05/2023 10:19

Nom et prénom Assuré : EDDARBALI AMINA

Immatriculation : 93908094 / 500305223

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EDDARBALI AMINA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90160

Valeur en Dirhams : 1 751,90 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE407

Nom Etablissement :

## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Convention N°	:	2000GRP0001380	Contractant	:	FONDATION MOHAMED VI
Adhérent	:	EDDARBALI AMINA	Bordereau N°	:	60230510
CIN/DRPP/Adhesion	:	861988	Date de réception	:	12/05/2023
Personne malade	:	EDDARBALI AMINA	Date de Règlement	:	25/05/2023
Déclaration N°	:	71309048X	Date de survenance	:	27/03/2023
Sinistre N°	:	25018942	Nature de la maladie	:	HYPERTENSION ARTERIELLE S
Intermédiaire	:	A 2 S	Médecin Traitant	:	*****

Actes Médicaux	Frais engagés (Dh)	Montant non remboursable (Dh)	Remboursement Régime de base (Dh)	Remboursement de la Compagnie (Dh)	Observations
CONS CARDIO+ECG	300,00	0,00	208,50	91,50	
PHARMACIE	1 451,90	0,00	1 451,90	0,00	
<b>TOTAUX</b>	<b>1 751,90</b>	<b>0,00</b>	<b>1 660,40</b>	<b>91,50</b>	

Règlement de la Compagnie (Dh) : 91,50

Fait à Casablanca, le : 06/07/2023

Direction Indemnisation Soins Santé

