

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

N° W21-810025

168496

C

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEMANOUR BOUTA

Date de naissance : 11/12/1998

Adresse :

Tél. : 0644-3835 Total des frais engagés : 1404,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

YOUSSEF ABDEL KARIM Age: 23

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-810025

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

8098

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés

1404,90

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 وأتمنتها 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 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.

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 المبلغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الاضطرابات 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر 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 : 0550528118 Dossier : 0550528118

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

Nom et prénom : السيد محمد بن عبد الله

N° Affiliation : 113181814

N° Immatriculation : 113181814

N° CIN : 113181814

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

Conjoint ☐ زوج ☒ ابن ☐ بنت

Adresse : 13 Rue de la Liberté, 13000 Algiers

Montant des frais : 14000 Dhs

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : السيد محمد بن عبد الله

Date de naissance : 07 09 1959

N° CIN : 113181814

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : Pr. AARAB Chadya

Type de soins : Professeur de Psychiatrie

Maladie* : ☒ Oui ☐ Non

Maternité* : ☐ أمومة

Date de grossesse : 11 11 11

Date prévue d'accouchement : 11 11 11

Hospitalisation* : ☒ استشفاء

Date d'hospitalisation : 11 11 11

Accident* : ☐ حادث

Date d'accident : 11 11 11

Causes : 11 11 11

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : 11 11 11

Signature de l'assuré(e)

Pr. AARAB Chadya

Professeur de Psychiatrie

CHU Hassan II - FES

INPE 141220673

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

* أشطب الخانة

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
30/03/23	١٥٠٤,٦٥	صيدلية السلامة PHARMACIE ASSALAMAH IBN LKHAYAT IDRISSE Najia Rue Jordanie Des Gare • ☎ 05 35 62 13 00
	INP : INP 142052091	
	INP : [][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][]	

[illegible]



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)
  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 5

PAYE

ACCORDE 1

i 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	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
80386589	14/04/2023	Payé en : 58 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

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

★★★★★

MR YOUSFI MUSTAPHA

NO 13 R EGYPT RES IDRIS

AZHAR

FES

FES PRINCIPAL

30000

Royaume du Maroc



CNOPS

Bureau de Réception



N° de Dossier :

80386589

Date et heure : 14/04/2023 14:07

Nom et prénom Assuré :

YOUSFI MUSTAPHA

Immatriculation :

93422376 / 090085741

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: YOUSFI ABDELKARIM

/ 31

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

FES 91222

Valeur en Dirhams :

1.404,40

Nombre de pièces :

8

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE389

Nom Etablissement :



Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 30/03/23

Nom : Mr Yousfi

Prénom : Abdelkrim

- Honoraire Dr. : Pr. AARAB Chadya

• Somme : 40000



Cachet et Signature

~~Pr. AARAB Chadya~~
~~Professeur de Psychiatrie~~
~~CHU Hassan II - FES~~
~~INPE 141220673~~