

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.

N° W21-792391

168786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HOUNDI ABDELILAH

Date de naissance :

01/01/1855

Adresse :

400, Roul El Jadida RAM

Télé. :

0664183090 Total des frais engagés : 522,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/04/2023

Nom et prénom du malade :

SEKKAT RAJAE Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Coups et blessures de doc S

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 : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Elou



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	ENREGISTRE 2	EN COURS DE TRAITEMENT 3	REJET 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
-------------	---------------------	---------------------------------	----------------	------	---------------------------------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	1 970,70	540,84	72,79	613,63
81333709	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	686,10	101,62	17,26	118,88
81333530	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	761,90	303,33	46,90	350,23
81333593	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	522,70	135,89	8,63	144,52

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger



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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تتمنون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماداً في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : SEKKAT RAJAE

رقم الانخراط : 266711

رقم التسجيل : 932684448

رقم بطاقة التعريف الوطنية : C352279

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Conjoint زوج Enfant ابن

adresse : 400 Residce le palmier App 111 route

Aljada 1000

Montant des frais (Dhs) : 522,70 DH

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE

30 08 19 63

C352279

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

ذكر

F

Identification du médecin traitant

INPE

091157057

N° INP

Type de soins

Maladie * مرض *

Maternité * أمومة *

Hospitalisation * استشفاء *

Accident * حادث *

Oui

Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تم تقديم الظرف المغلق * :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : Casablanca

le : 20 04 2023

نف : 20 AVR. 2023

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 20 AVR. 2023

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	القیم المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٣/٠٦/٢٠١٥ حا	92,70	<p style="text-align: center;">  Pharmacie INPE Hind AL HUMIRI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tel: 022.98.86.97 - Fax: 022.98.24.76 </p>

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات



MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 81333593 Date et heure : 07/06/2023 12:15

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 522,70 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

10

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقاً
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 20/04/2023 الدار البيضاء، في

Mme SEKKAT Rajae

t.l.70

BAYCUTÈNE CRÈME



1 application le soir , pendant 3 jours

Pharmacie MIMOSA
Hind LAKHMI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.86.86.97-Fax: 022.95.24.78

Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhinolaryngologie
20, Bd. Moulay Idriss 1er
Casablanca - Tél. 0522 86 31 31

Baycutène® N 15 g
Crème
GT8709
01 2026
22 70
Barcode
6 118 000 17007 5

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.

Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

20 AVR. 2023
Casablanca, le الدار البيضاء، في

FACTURE :

Nom-Prénom : SEKKAT RAJAE

Examen : CONSULTATION+ASPIRATION

Montant : 300,00 DH + 200,00 DH

TOTAL : 500,00 DH

Pr. M .DETSOULI

120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca

Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com