

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'El
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Malade
M23-008177

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R. AM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 171287
 Nom & Prénom : BERIDA Mohamed
 Date de naissance : 22/07/57
 Adresse : 81, Rue Conache APP 18 CASABLANCA
 Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 514,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément Remboursement Ven Payeur de mon épouse CNOPS
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BAKKASI Fadoua 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 :
 Signature de l'adhérent(e) : A. Bouake

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Etablir une feuille de soins 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 un 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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

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 التعريفية 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 de signature de la mutuelle

M.G.P.A.P

17 JUIN 2023

DELEGATION ADMINISTRATIVE CASABLANCA

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
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Nom et prénom : **BAKKALI Fadoua** الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : **113183** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **551/188843** رقم التسجيل :

N° CIN : **1169156** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * : **زوج**

Adresse : **81 Rue Luchaire App 18 Casablanca** عنوان : **POB Meryem**

Montant des frais (Dhs) : **514,90** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **09** عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du médecin traitant :

Bénéficiaire de soins : **Mme BAKKALI Fadoua** المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : **Mme BAKKALI Fadoua** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **16/12/1957** تاريخ الزيداد :

N° CIN : **1169156** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ذكر * : **F** أنثى * : **DAIFZ**

Identification du médecin traitant :

N° INP : **10161121035** رقم الوطني للاستدلال :

Type de soins : **Provinciale** نوع العلاجات :

Maladie * : **01** مرض * : **01** Pli confidentiel remis : **Non** تم تقديم الظرف المغلق * : **Non**

Maternité * : **0** أمومة * : **0** Date de grossesse : **01/01/2023** تاريخ الحمل :

Hospitalisation * : **0** استشفاء * : **0** Date prévue d'accouchement : **01/01/2023** التاريخ المرتقب للولادة :

Accident * : **0** حادث * : **0** Date d'hospitalisation : **01/01/2023** تاريخ الاستشفاء :

Causes : **01** أسباب الحادث : **01** Date d'accident : **01/01/2023** تاريخ الحادث :

Asheh bacheh : **01** أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : **Casablanca** حرر بـ : **09/06/2023**

le : **09/06/2023** في : **09/06/2023**

Signature de l'assuré (e) : **09/06/2023** توقيع المؤمن له (لها) : **09/06/2023**

Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : **09/06/2023** توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : **09/06/2023**

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : **09/06/2023** Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : **09/06/2023**

INPE : 061125035

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
09/06/2023	C				Dr. Boudal FZ Commission Médicale Provinciale Settat INPE: 061125035

CIM - 10

Description des ordonnances écrites et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وتكامل الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/06/2023	514,90	Pharmacie PAM El Mostate Boudlal Rue My Slimane - Hay Pam Tél : 06 23 40 35 58 - Settat INPE: 062048079

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



تاريخ العمليات Dates 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

Actes paramédicaux

تاريخ العمليات Dates 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





09/06/2023

ORDONNANCE MEDICALE

79,70x2

(1)

AZIX 100

1 p le 1^{er} jour

1/2 cp 1^{er} T par 05 jours

lipase

p x 21 r

med 20 mg

1 cp 1^{er} T par 05 jours

le matin

45,30

(4)

Ventoline spray

2 bouffées x 4 j

19,20

(5)

Inerso 40 mg

1 gel 1^{er} T

149,60

(6)

D cure forte

1 Aug 1^{er} T

514,90

Pharmacie PAM
Pharmacie GUDLAZ Pam
El Mostata - Hay Soudat
El Mostata - Hay Soudat
37. Rue NY 5110-35 58 - Soudat
Tél: 05 33 40 20 48 79
Tél: 05 33 40 20 48 79

BAKKALI
A'S Fadamp

A'S (A'S)

A'S

A'S

A'S

A'S

Royaume du Maroc
Délegation Provinciale
Settat

Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE 25035

[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](#)[REJET 1](#)[PAYE](#)[NON PAYE 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	-	04/08/2023	Virement	-	514,90	358,26	81,89	440,15
81615539	21/06/2023	Payé en : 44 jours		BAKKALI FADOUA	514,90	358,26	81,89	440,15
- 1	-	03/08/2023	Virement	-	2 595,00	1 466,50	149,03	1 615,53
81621933	21/06/2023	Payé en : 43 jours		BAKKALI FADOUA	2 595,00	1 466,50	149,03	1 615,53