

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- 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.

M22- 0013727

188421

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09098 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Eddbaoudi Ahmed

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : stuy Al Azhar Fm 3 N 19 Ta 81  
casablanca

Tél. : 06 57 12 46 24 Total des frais engagés : 387,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 27 DECEMBRE 2023

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 : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



0662252414

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم



#### Instructions à suivre

#### تعليمات يجب اتباعها

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

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 المشتركة وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلامات والوثائق الاختبارية إلى التحاليفية التي تتمسّن إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما دعا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحال، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس المعرفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التماشية
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : .....	
Tariq al-ajid : .....	

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاصل بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : .....

رقم الانحراف : .....

رقم التسجيل : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

ETOUAKI Zouliche

932 288047

81 431

R 47068

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

العنوان : ...

Sidi Benchechra Casablanca

Montant des frais (Dhs) : .....

عدد الوثائق المرفقة : .....

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من الحالات

الإسم العائلي والشخصي

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

N° CIN : .....

Sexe : .....

Identification du médecin traitant

N° INP : .....

Type de soins

Maladie \* مرض

Maternité \* أمومة

Hospitalisation \* إقامة

Accident \* حادث

Pli confidentiel remis \* : Oui Non

Date de grossesse : .....

Date prévue d'accouchement : .....

Date d'hospitalisation : .....

Date d'accident : .....

Causes : .....

أشهر بصفتي و مساعدة المؤمن له أعلاه .

Fait à : .....

le : .....

( توقيع المؤمن له )

Signature de l'assuré (t)

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

\* اتفق الخاتمة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

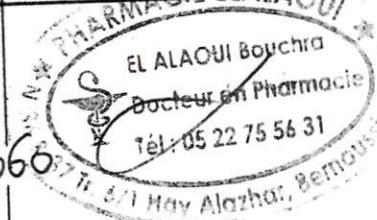
La vente de cet imprimé est formellement interdite

**description des actes effectués**

ووصفت العمليات المحراة

جريدة الوصيفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et facturées		
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	نوع و ملابع الصيدلي أو معون المجهزات الطبية	العنوان
Date d'exécution	النوع المعلوم Prix facturé	
03/10/23	297,60 092036060	

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Docteur Mostafa SALEM

Médecine Générale  
Ex. Médecin-Chef

- à Oujda ( C.S .ELA äyoune )
  - à SiDi Bernoussi ( C.S. Bernoussi et C.S. Ahl Loghlam )

Casablanca, le 13/10/2023 افی

卷之三

بِرْنُو صَبِي

الدكتور المصطفى سالم

الطب العام  
طبيب رئيسي سابق

LOT: 6539  
PER: 08/25

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable 12 sachets



6 118000 091684

LOT : 2997  
PER : 03-25  
P.P.V : 99DH00

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 12 sachets



6 118000 091684

'elements of

#### La gorge et les voies respiratoires



~~6415~~  
LOT 231327  
EXP 09/2026  
PPV 14-30DH

69,00  
2d

2d

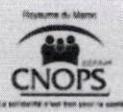
14.3°

2

2

297,60

مدينتي - الطابق الأرضي - رقم 4 مبسو - ن° 8 (قرب مدرسة 11 يناير) - البرنوسي - الدار البيضاء  
Madinati - N° 8 (R.D.C) - Groupe (G.M.A) - (à coté de l'école 11 Janvier) - Bernoussi - Casablanca



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).



## FETOUAKI ZOULIKHA

Droit Ouvert

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI CASABLANCA SIDI BERNOUSSI ( 20600 )

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

Mes ayants droits

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré [Télécharger](#)

★★★★★



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 Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	15/12/2023	Virement	-	397,60	182,01	37,29	219,30
1	-	20/03/2023	Virement	-	1 602,99	859,39	196,21	1 055,60

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré [Télécharger](#)

★★★★★



## Accusé de Réception



MME FETOUAKI ZOULIKHA  
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19  
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI  
CASABLANCA  
CASABLANCA SIDI BERNOUSSI  
20600

N° de Dossier : 84311871 Date et heure : 22/11/2023 12:09

Nom et prénom Assuré : FETOUAKI ZOULIKHA

Immatriculation : 93288047 / 090035932

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: FETOUAKI ZOULIKHA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams : 397,60 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :