

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0015208

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BERIDAT Mohamed A 98164  
Date de naissance : 12/07/57  
Adresse : 81, Rue Larache App 18 Casa  
Tél. : 0661163375 Total des frais engagés : 2000 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Complément Remboursement CNOPS  
Cachet du médecin : JAVIER EPOUSE  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BAKKACI Fadoua Age : 66  
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 : Casa Le : 08/03/2024  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماحدية 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 الفصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانونية.

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

Cache et signature de la mutuelle

14 DEC. 2023

M.G.P.A.P

DELEGATION ADMINISTRATIVE CASABLANCA

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيدع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie 06 5001255

التأمين الإلزامي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BAKKALI Faouzi  
N° Affiliation : 113 183  
N° Immatriculation : 5 511 29 818 43  
N° CIN : A 169 156  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint

Adresse : 84, rue Lanché App 18 CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 200 000  
Nombre de pièces jointes : 2

Declaraton du médecin traitant

Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom : N° Faouzi BAKKALI  
Date de naissance : 16/12/57  
N° CIN : A 169 156  
Sexe : M

Identification du médecin traitant

N° INP : 016111219 35  
Type de soins : .....

Maladie \* ☐ \* مرض  
Maternité \* ☐ \* أمومة  
Hospitalisation \* ☐ \* استشفاء  
Accident \* ☐ \* حادث

Pli confidentiel remis\* : Oui Non  
Date de grossesse : .....  
Date prévue d'accouchement : .....  
Date d'hospitalisation : .....  
Date d'accident : .....  
Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : CASABLANCA  
le : 06/12/2023  
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : .....  
le : 06/12/2023  
Signature du médecin traitant

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Commission Médicale Provinciale-Settat





ROYAUME DU MAROC  
MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
DIRECTION REGIONALE  
CASABLANCA SETTAT  
DELEGATION PROVINCIALE  
SETTAT



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
+212 05 22 66 55 32 - 05 22 20 67 83  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية  
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية  
الدار البيضاء سطات  
المنووية الاقليمية  
سطات



Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale Settati

ORDONNANCE MEDICALE

Le 04/12/2023

Mr Fadoup  
BAKALI

Collier cervical



Médimed  
13, Rue La Londe, Quartier des Hôpitaux  
Face Hôpital 20 Août - Casablanca  
Tel: 05 22 66 55 32 - Fax: 05 22 20 67 83  
Comptoir



Dr BERDAI FZ

Commission Médicale  
Provinciale Settati

INP 061125035

**CNOPS**

La solidarité s'est bien pour le santé

ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT **4**REJET **1****PAYE**NON PAYE **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
- 2	-	06/02/2024	Virement	-	580,00	470,00	0,00	470,00
84752412	14/12/2023	Payé en : 54 jours		BAKKALI FADOUA	200,00	90,00	0,00	90,00
84752372	14/12/2023	Payé en : 54 jours		BAKKALI FADOUA	380,00	380,00	0,00	380,00





CLIENT COMPTOIR

FADOUA BAKKALI

FACTURE N° F236949

DATE	BL N°	Vendeur
06/12/23	B23A2335	

Banque : Attijariwafabank  
Agence: 76,BD ABDELMOUMEN IMM LA KOUTOUBIA  
RIB : 007 780 0002384000000907 69

Désignation	Qté	PU HT	Montant TTC
COLLIER CERVICAL MOUSSE RIGIDE T/2 REF:207	1,00	166,67	200,00

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	TVA	Total TTC	NET A PAYER
C20	166,67	20%	33,33	166,67	33,33	200,00	200,00

Mode De Paiement : ESPECE

Cachet et Signature:

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

 Médimed  
13, Rue La Lande, Quartier des Hôpitaux  
Face Hôpital 20 Août - Casablanca  
Tél: 05 22 20 67 83 Fax: 05 22 20 67 83

Tout retard de règlement supérieur à 60 jours, entraîne l'application de pénalités de retard ; ceci conformément à la législation du droit du commerce en vigueur. Tout litige sera de la compétence des tribunaux de Casablanca .

Merci de bien vouloir libeller tous vos chèques avec la mention " non endossable " ( barrée ) .