

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.

M22- 0015208

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4549	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	198164
Nom & Prénom :		BERIDA Mohamed	
Date de naissance :		21/07/57	
Adresse :		81, Rue Larache App.18 CASA	
Tél. :		066 16 3375 Total des frais engagés : 2000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Complément Remboursement CNOPS
Cachet du médecin :
Favori Epouse

Date de consultation :	BAKKALI Fadoua		
Nom et prénom du malade :	Age: 66		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : 06/03/2024 Le : 06/03/2024
Signature de l'adhérent(e) : 



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.

Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Signature et cachet de la mutuelle	
M.G.P.A. 14 DEC. 2023	

Procurer une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut fournir une feuille de soins pour chaque événement et pour chaque personne soignée.

Il faut indiquer le nom et le prénom de la personne soignée sur chaque feuille de soins.

Il faut joindre les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés.

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.

Feuille de soins Maladie

0650012554

التأمين الاجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مفعى فم

N° Dossier :

نº dossier :

الاسم العائلي والشخصي :

نام الأفراد :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

BAKKALI Laoual

113183

5521198843

A169156

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Conjoint زوج

Enfant ابناء

Adresse : 81, rue lénine App 98 CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

600000

Nombre de pièces jointes :

09

تصريح المتصدق المعنوي

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

BAKKALI Laoual

تاريخ الازدياد :

16/11/1982

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

A169156

الجنس :

M ♂

Identification du médecin traitant

النحوين الطبيين العيادي

الرقم الوطني الاستدلالي للعيارات

نوع العلاجات

N° INP

كل 1061112519

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

.....

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

.....

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

.....

Fait à :

Date d'accident :

.....

le :

Causes :

.....

أشهُد بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant .
Fait à : CASABLANCA
le : 06/11/2023

توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أشهُد بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables .
Fait à :
le : 06/11/2023

توقيع الطبيب المعالج أو المسئولة الصحية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

.....

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite



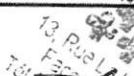
Commission Médicale
Provinciale Settat

* اخطب النافذة

description des actes effectués

CDM*1

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux (muni)

Date d'exécution	Prix facture	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/12/2013	200,00	   73 Rue Léon de Quadras - Quartier des Hôpitaux Casablanca 206532 - Fax: 05 22 30 57 83
	INP : L L L L L L L L	
	INP : L L L L L L L L	
	INP : L L L L L L L L	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Accessed from Studydrive

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



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+ ٢١٢ ٥٤١ ٤٨٥٤ ٢٢٥٦
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale



Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat

ORDONNANCE MEDICALE

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
الدار البيضاء سطات
المندوبيية الإقليمية
سطات

Le 04/12/2023

N° ref: fedouf
18AKKALI

Collier cervical

 Médimed

13, Rue La Londe, Quartier des Hôpitaux
Face Hôpital 20 Août - Casablanca
Tél: 05 22 86 55 32 - Fax: 05 22 20 67 03
Comptoir



Dr BERDAI FZ

Commission Médicale
Provinciale Settat

INP 061125035



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**

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
- 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 Paiment : ESPECE

Cachet et Signature:

13, Rue La Lande, Quartier des Hôpitaux
Face Hôpital 20 Août - Casablanca
Tél: 05 22 67 55 20 - Fax: 05 22 29 67 83

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

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 endosstable " (barrée) .