

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



Déclaration de Maladie

M22- 0015207

☒ Maladie

☐ Dentaire

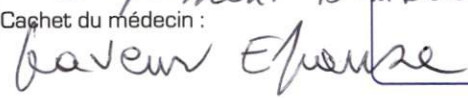
☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.A.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed 1981/05
Date de naissance : 21/07/57
Adresse : 81 Rue Larache App 18 CASA
Tél. 0662/63375 Total des frais engagés : 4000Hrs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Complément Remboursement CNOPS
Cachet du médecin : 
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BAKKALI Fadoua Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 2024
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) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 المشتتة وأثمنتها 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 الفسروفة على أساس التعريف 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie
0650 01 25 50

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.01.01
مراجعة رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خارج الملف (17)

الاسم العائلي والشخصي : **BAKKALI Fadoua**
رقم الانخراط : **113 183**
رقم التسجيل : **559 2388 43**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **4 169 1516**
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
العنوان : **81 Rue Longue, App 18, Hôpital Esskham, CASABLANCA**
مبلغ المصاريف (درهم) : **400 Dhs**
عدد الوثائق المرفقة : **03**

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : **Mme BAKKALI Fadoua**
تاريخ الزيداد : **16/11/57**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **4 169 1516**
الجنس : ☒ أنثى ☐ ذكر

Identification du médecin traitant

التعريف الطبي

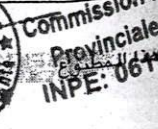
N° INP : **0614125351**
Type de soins :
Maladie * ☐ مرض *
Maternité * ☐ أمومة *
Hospitalisation * ☐ استشفاء *
Accident * ☐ حادث *
Pli confidentiel remis : ☐ Oui ☒ Non
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
تم تقديم الظرف المغلق :
تاريخ الحمل :
التاريخ المتوقع 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 : **CASA**
le : **03/01/2024**
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CASA**
le : **03/01/2024**
توقيع ومكان الطبيب أو المؤسسة الصحية
Cache et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite



Cache et signature de la mutuelle

M.G.P.A.P

19 JAN. 2024

DELEGATION ADMINISTRATIVE

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

مكتبات الإحياء الأشعة والصور

[illegible]

INPE: 093062271

DMP

TIME: 11:11:11

Signature et Cachet du Radiologue ou
Biologiste

1951-1952

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



Dr BERDAI FZ
Commission Méd.
Provinciale Settat
INPE: 061125035

2021/2021

M^{me} BAKKAL
Fadoue

PCR

LABORATOIRE 2 MA
Dr. M.T. BENCHEKROUN
Spécialiste en Biologie Médicale
102, Av. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 865 054 Fax: 0522 664 844



Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125035

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383
RIB:021780000019002708996357

Facture

CASABLANCA , le 16/01/2024

N° facture : 24-00665

Edité le : 16/01/2024

Patient : Mme BAKKALI Fadoua

Date prélèvement 03/01/2024 12:01

Analyses	Nombre B	Montant
BIOLOGIE MOLECULAIRE(RT-PCR-COVID-19)	288	385,92
Total B	288	385,92
APB	1,0	15,00
Total		400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent dirhams***

LABORATOIRE 2 MARS
d'Analyses Médicales
Dr. M.T. BENCHEKROUN
Spécialiste en Biologie Médicale
102, Av 2 Mars Casablanca Tél: 0522 865 054 Fax: 0522 864 844

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste au CHU Ibn Rochd -Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie - Biochimie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Biologie de la Reproduction

Prélèvement du: 03/01/2024 12:02

Edition du : 16/01/2024

CIN : A169156

Mme BAKKALI Fadoua

Dossier N° : 030124-037

Date de Naissance : 16/12/1957



Page : 1/1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Valeurs Usuelles

Antériorité

DIAGNOSTIC SARS-COV-2 (COVID19) PAR TECHNIQUE RT-PCR

Nature du prélèvement : Ecouvillon Nasopharyngé

Résultat : Résultat négatif: Absence d'ARN de SARS -CoV-2

(SaCycler 96(RT-PCR), Kit Sacace Real Time PCR Kit
for detection of SARS-CoV (COVID-19)

La sensibilité des test RT-PCR utilisés pour le SARS-COV 2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

En plus de la PCR, un test sérologique est toujours souhaitable.

Le prélèvement nasopharyngé peut également être réalisé à domicile selon les normes d'hygiène en vigueur. Veuillez contacter le : +212 522 864 844 / +212 771 090 961 .

LABORATOIRE 2 MARS
DR. M. BENCHEKROUN
Spécialiste en Biologie Médicale
102, Av 2 Mars Casa Tél: 0522 865 054 / 0522 864 844

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30 - (Prélèvement à domicile)

[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](#)[EN COURS DE TRAITEMENT 1](#)[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
- 3	-	06/03/2024	Virement	-	1 213,40	754,71	177,94	932,65
85451579	19/01/2024	Payé en : 47 jours		BAKKALI FADOUA	279,50	178,01	40,69	218,70
85451533	19/01/2024	Payé en : 47 jours		BAKKALI FADOUA	533,90	323,26	73,89	397,15
85451492	19/01/2024	Payé en : 47 jours		BAKKALI FADOUA	400,00	253,44	63,36	316,80