

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4549 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : AG 98165

Nom & Prénom : BERDAM Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Corbach App 18 CASA

Tél. : 0662103375 Total des frais engagés : 279,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément Remboursement maximaux dépense CNOPS

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKKAL Mohamed Age:

Lien de parenté :



Frère / Soeur

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 : 08/03/2014

Signature de l'adhérent(e) : Alix (Signature)

Signature de l'assureur : MUPRAS

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 :	Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :	19 JAN. 2024
Signature de l'agent :	Signature de l'agent :
Date de dépôt du dossier :	19 JAN. 2024
Signature de l'agent :	Signature de l'agent :

Offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut offrir une feuille de soins par personne et par événement.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

0650012550

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance-Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : RAKKALI Fouzia

الاسم العائلي والشخصي :

103183

رقم الانخراط :

55212988143

رقم التسجيل :

A169156

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 81, Rue Larache App 28 Hay ESSAOUI العنوان

CASABLANCA

مبلغ المصاري (درهم)

06

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

المشتيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins

Mme RAKKALI

الاسم العائلي والشخصي :

103157

تاريخ الازدياد :

A169156

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

RDIAFZ

الجنس :

Identication du medecin traitant

N° INP

1061125105

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation *

استشفاء *

Accident *

حادث *

Pli confidentiel

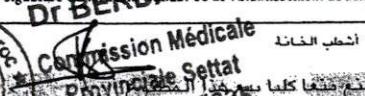
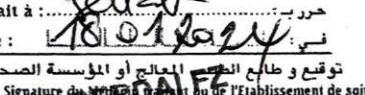
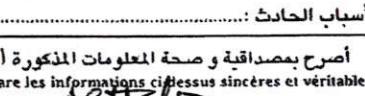
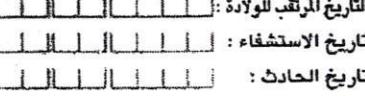
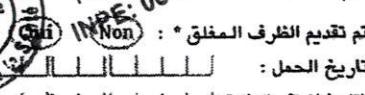
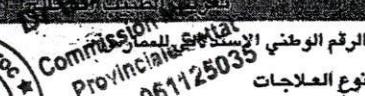
Date de grossesse

Date prévue d'accouchement

Date d'hospitalisation

Date d'accident

Causes :



أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : 18/01/2024

le : 18/01/2024

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

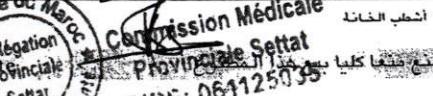
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 10/01/2024

le : 10/01/2024

توقيع و طابع المصالح أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du praticien ou de l'Etablissement de soins



Dr BERDAI FZ

Commission Médicale

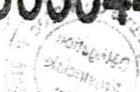
Commission provinciale de Settat

INPE: 061125035

أشهر الصادرة

بيان قبليا كلها يصدق هذا

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux

نوع الإصدار Date d'émission	العنوان Adresse	توقيع الصيدلي أو الموزع Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
18.01.2024	279,50 092035344 	<p>صيدلية الياسمين PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél : 05 22 81 17 67.</p>
	INF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	INF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



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



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
الدار البيضاء سطات
المندوبية الإقليمية
سطات



Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125035

ORDONNANCE MEDICALE

18/10/2024

M^{me} BAKKALI
Fadoua



- 103,60 ① Anoxil 1g
1cp x 31ج ٣٦٥ درايس
- 40,00 ② Effipred 20mg
3cp ٣ ج ٣٦٥ درايس
- 30,00 ③ coolies 20mg
1 gel ١ ج
- 45,90 ④ ciloxan coller
1 goutte x 4 ج
- 60,00 ⑤ ciloxan
1 cp ١ ج



Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125035

صيَّلَةُ الْيَاسِمِينِ
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tel: 05 22 51 17 67

279,50



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