

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002195

203058

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01762 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFIK Abdeljaouad

Date de naissance : 06/01/1954

Adresse : Villa Qr cite AL MANAR Casa

Tél. : 0661170319 Total des frais engagés : 3330 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2023

Nom et prénom du malade : CHERIF D'OUZZAN AMINA Age : 67

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 : 23/12/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار 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 بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
جغ رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **CHERIF D'OUZZAN AMINA** اسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **3169021** رقم الإنخراط

N° Immatriculation : **932932877** رقم التسجيل

N° CIN : **K311012** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **لا علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له***

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : **Villa Q2 CITE AL MANAR** عنوان

RUE DRISS EL MOHAMMADI ANFA - CASABLAN

Montant des frais (Dhs) : **3330,00 Dhs** مبلغ مصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **5** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

لتصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **CHERIF D'OUZZAN AMINA** مستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **CHERIF D'OUZZAN AMINA** اسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **23/11/256** تاريخ الإزدياد

N° CIN : **K311012** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : **M** أنثى ☒ ذكر ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **0914000000** رقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins : **Non** نوع العلاجات

Admission ALD* : **Non** بول المرض المزمن

N° dossier ALD* : **1022010220** رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : **1022010220** رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires* ☐ *علاجات خارجية ☐ Pli confidentiel remis* : **Oui** **Non** م تقديم الظرف المغلق

Hospitalisation* ☐ *إستشفاء ☐ Date d'hospitalisation : **11/11/2014** تاريخ الإستشفاء

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **Casablanca** حرر ب :
le : **11/11/2014** في :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable.
Fait à : **Casablanca** حرر ب :
le : **11/11/2014** في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de so

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

أسقط الخانة

يتم منحها كلما يتم هذا المندوب

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : **11/11/2014** تاريخ الإيداع

Docteur AFIFI Adnane

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux P.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU

SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : cabinet.afifi@gmail.com

Casablanca, le 04/12/2023

Mme CHERIF D'OUEZZAN EP CHAFIK Amina

LETROZOLE

1 CP PAR JOUR, pendant 6 mois

TOTAL 3330,00

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani
CASABLANCA - Quartier Racine
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

PHARMACIE DAWLIZ
Mr, HAMOUMI Abdelhaq
3, Bd TAN TAN - EL HANK
CASA ANFA
Tél: 05.22.36.25.74

1100,00 x 3
PHARMACIE DAWLIZ
Mr, HAMOUMI Abdelhaq
3, Bd TAN TAN - EL HANK
CASA ANFA
Tél: 05.22.36.25.74

Létrozole GT* 2,5 mg
60 comprimés



Létrozole GT* 2,5 mg
60 comprimés



Létrozole GT* 2,5 mg
60 comprimés



MME CHERIF D'OUZZAN AMINA
VILLA Q2 CITE AL MANAR

Royaume du Maroc



CNOPS

Accusé de Réception



CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier :

85327359

Date et heure : 15/01/2024 10:24

Nom et prénom Assuré :

CHERIF D'OUZZAN AMINA

Immatriculation :

93932877 / 500337309

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

CHERIF D'OUZZAN AMINA

/ 01

Type de dossier :

DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90140

Valeur en Dirhams :

3 330,00

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE161

Nom Etablissement :

12:32

🔔 📶 46%



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

ENREGISTRE 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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
- 1	-	17/04/2024	Virement	-	3 330,00	2 331,00	532,80	2 863,80
85327359	15/01/2024	Payé en : 93 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	3 330,00	2 331,00	532,80	2 863,80
☰ 1	-	05/04/2024	Virement	-	3 000,00	1 561,60	355,40	1 917,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger

☆☆☆☆☆