

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.

Biologie 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

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 : N° P19-0017612

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01177 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Aïssou Faltouma Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Complémentaire Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RADI Hayan

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : RADJ EL Mostapha

N° Affiliation : 21441510

N° Immatriculation : 413113104113

N° CIN : 13112129134

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☒ ابن

Adresse : 113, rue 28 Alia 2 Outfa Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 969,21

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : RADJ Hajar

Date de naissance : 11/06/1993

N° CIN : 13131910132

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : الرقم الوطني للاستدلال للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض * Pli confidentiel remis* : ☒ Oui ☐ Non

Maternité* ☐ أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل

Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة

Accident* ☐ حادث * Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

Causes : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : حرر بـ
le : في
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : حرر بـ
le : في
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Dr G Hadj



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

NON PAYE **1**

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	09/08/2019	Virement	-	969,51	694,40	137,80	832,20
57592406	15/07/2019	Payé en : 25 jours		RADI HAJAR	969,51	694,40	137,80	832,20



MR EL MOSTAPHA RADI
N 113 RUE 28 ALIA 2 EL
OULFA
CASABLANCA
20200 CASABLANCA HAY HASSANI

000057592406

Accus de Rception

Nø Rception : 57592406
(Nø rappeler pour toute correspondance ultrieure)

Nom et Prnom Assur : RADI EL MOSTAPHA
Immatriculation : 43304513 / 040097263
Nom et Prnom Bnficiaire : RADI HAJAR
Rang Bnficiaire : 31

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 15/07/2019 10:30
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125
Valeur du dossier : 969,51
Nombre de pices : 16
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :
Etablissement :



وصفة
ORDONNANCE



Le 03/07/19

Mell Hajar Radi

6000 x 12

Ferplex glum

1 glum x 2/J

15J

puis 1 glum/J

3ms

720.00

DR. EL RHALIR
Spécialiste Médecine
Interne
Casablanca



وصفة
ORDONNANCE



Le 22/05/19

Mlle - Radi Hajar

NFS

Dr EL RHALIR
Spécialiste Médecine
Interne
Casablanca

Laboratoire Genelab Oum Rabiaa
E 1170619018
RADI Hajar
19/05/1993
DN: NFS

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUEZ

Pharmacien Biologiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca, genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE : 097163968 - IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 18/06/2019

Facture N° 170619-018 du 17/06/2019

CNOPS

Dr : CNSS DERB GHALLEF

N°Bon de soin

Mle

Patient : Mlle RADI Hajar

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	88,00
Total B	80	88,00
APB	1,0	11,51
Total		99,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt-dix-neuf dirhams 51 centimes***

[Signature]
S. Benazzouez
Pharmacien Biologiste
05 22 93 10 60
0661 763 068
genelab2@gmail.com

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 0100 CASABLANCA
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1083494		N° SEJOUR : 190043557		FACTURE N° 1902012698		DATE D'ENTREE : 03/07/2019		DATE DE SORTIE : 03/07/2019			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : RADI, Hajar					
MALADE : RADI, Hajar				N° IMMAT C.N.S.S :							
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE											
Intervenant : 01112017 DR EL RHALI RAHMA INTERNISTE					TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :		
					RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 03/07/2019					EDITEE LE : 03/07/2019		PAR : AZEDIN		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA									N° DE POLICE :		
									DATE AT :		
									Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
									BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
									N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

