

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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 : Aït Idriss Fattouma Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 100000000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : RADI Hayan Age :

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 تعلمات يجب اتباعها

Établir 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.

Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع وطابع التأمينية	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Téléphone :	

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المنشورة وأشمنتها بالوصفات المدرسية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تتبعون إليها في غضون شهرين من تاريخ أول عملية طبية، مما معا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعيين المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

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

حق التغطية من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يلي ذكره.



وزارة العدل - المكتب المركزي للإحصاء

Feuille de soins Maladie

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

57592406 RH

خاص بالمؤمن له (ها)

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : RADF EL Mostapha

1234567890

N° Affiliation :

431181045113

N° Immatriculation :

131229814

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 113, rue 28 Alia 2 Dulfa Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 969,51

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

RADF Hajer

19061993

Date de naissance :

BK39101012

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر ابنة

تصريح الطبيب المعالج

المسنود من العلاجات :

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

امومة *

Hospitalisation *

استشفاء *

Accident *

حادث *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Tarif de l'estimation :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

الرقم الوطني الاستدلالي للمعارض :

نوع العلاجات

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

أصرح بصحة كل المعلومات المذكورة أعلاه.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à :	حرر ب :
le :	في :
توقيع الطبيب المعالج أو ممثليه المذكورة أدناه	
Signature du Médecin traitant ou de l'assistant au de soins	

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Dub G Hajer

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المحاولات

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعية و الصور

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



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 Reception

Nº Reception : 57592406
(Nº rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assur : RADI EL MOSTAPHA
Immatriculation : 43304513 / 040097263
Nom et Prénom Bénéficiaire : RADI HAJAR
Rang Bénéficiaire : 31

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

Code Etablissement :
Etablissement :



وصفة
ORDONNANCE

Le 03/07/19

M^{elle} Hajar Radi

6000 x 12

Farplex flacon

1 flacon x 2/J 15J

plus 1 flacon/J

3 mois

720.00

Dr. EL GHALIF
Spécialiste Médecine
Interne /
Casablanca

وصفة
ORDONNANCE



درب غلب
DERB GHALLEF

Le 22/05/19

م - Dr Radi Hajar

NFS

Dr. EL RHALFI R
Spécialiste Médecine
Inténe
Casablanca



زنقة الضمان - درب غلب - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biogiste

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

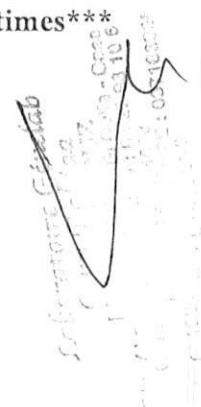
N°Bon de soin Mle

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 : 

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 1000 CASABLANCA
 Tel: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



REF. IPP :	1083494	N° SEJOUR :	190043557	FACTURE N° 1902012698				DATE D'ENTREE :	03/07/2019	DATE DE SORTIE :	03/07/2019	
ASSURE :								DESTINATAIRE :	RADI, Hajar			
MALADE :	RADI, Hajar				UF :	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI						
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :							
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		CONSULTATION DE SPECIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
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 :				DATE AT :
VISA						N° DE POLICE :						
						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						

