

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-489981

No 10442

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8038 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Messaoud Bouzou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 064423831 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Bouzou Abdelhakim Age : 20

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.

29 NOV. 2019

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) :

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

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 la CNOPS 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، قوائم، 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 وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

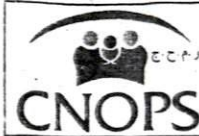
توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع

5 JUL 2019



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 : YOUSFI MUSTAPHA

N° d'Affiliation : 1131191814

N° Immatriculation : 131141213114

N° CIN : 1111631311

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) * : Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن

Adresse : 13 rue de la République 114

Montant des frais : 393,00 Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : YOUSFI Abdel Karim

Date de naissance : 11/11/1984

N° CIN : 1111631311

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP : 1111220623

Type de soins : 1111220623

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

Maternité * ☐ أمومة Date de grossesse : 11/11/1984

Hospitalisation * ☐ استشفاء Date d'hospitalisation : 11/11/1984

Accident * ☐ حادث Date d'accident : 11/11/1984

Causes :

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

Fait à : FES

le : 11/11/2019

Tوقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : FES

le : 11/11/2019

Tوقيع وطابع 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

* أشطب الخانة



مستشفى الأطلس - فاس
Polyclinique Atlas - Fes



ORDONNANCE

Docteur :

Fes, le 10/06/19

M. Abdelkrim Elyoufi

10/06/19

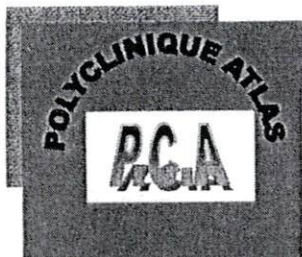
A - Xanax 0,5 mg
40,30,21,2 (SV) 11,2 - 1,2
11 - 0 - 11 1/2
2 - 0 - 2
0 - 0 - 1 1/2

Singoreb

مستشفى الأطلس
Mme. Bahija TAZI
Route de Sefrou - Fes

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES
Tél: 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97 / Fax: 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 - Gsm: 06 61 46 02 89
E-mail: polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web: www.polyclinique-atlas.com
ICE: 001915534000012



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES

NOTE D'HONORAIRE



FES, LE 10/06/19

NOM : EL YOUSSEF

PRENOM : ABDEKADIR

HONORAIRE DR

○ 350.00 DHS (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE

Route de Sefrou Fès V.N. Tél.: 0535 641697/0535 641123/24 fax 035657969

CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667
ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

Soum

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Pour plus de proximité
CRÉATION DE NOUVELLES
Délégations Régionales CNOPS

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/authentification)

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

EN ATTENTE DE PIECE 1

PAYE

NON PAYE 1

ACCORDE(E) 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	-	23/09/2019	Virement	-	469,20	166,37	32,06	198,43
1	-	02/09/2019	Virement	-	1 141,00	648,70	155,81	804,51
1	-	31/07/2019	Virement	-	393,00	141,70	9,96	151,66
57469767	05/07/2019	Payé en : 26 jours		YOUSFI ABDELKARIM	393,00	141,70	9,96	151,66
2	-	01/07/2019	Virement	-	2 234,60	661,21	114,85	776,06
1	-	03/06/2019	Virement	-	12 300,00	5 240,00	16,00	5 256,00
2	-	22/04/2019	Virement	-	2 156,60	1 226,74	269,44	1 496,18
4	-	14/03/2019	Virement	-	3 984,90	1 579,68	278,55	1 858,23

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

Royaume du Maroc



MR MUSTAPHA YOUSSEF
NO 13 R EGYPT RES I
A7HAR
FFS
30000 FFS

000057469767

Arrivée de Réception

N° Réception : 57469767
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : YOUSSEF MUSTAPHA
Immatriculation : 93422374 / 090085741
Nom et Prénom Bénéficiaire : YOUSSEF ARDEL KARTIM
Rang Bénéficiaire : 31

Type dossier : FAMILIAL DE SOINS
Date et heure : 5/07/2019 15:25
Lieu de réception : FFS 91217
Valeur du dossier : 393,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : 9MGE14A

Code Etablissement :
Etablissement :