

# 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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

Pour Complément  
NP = 286,70

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009459

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : HAMMOU Abdellah Date de naissance : 21.04.1951  
Adresse : 5, RUE DE L'HERAULT Polo CP. 15100 CASABLANCA  
Tél. : 066.123.84.70 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : BEZAMINE Abdellah 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 : CP. 15100 CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Hamou

Le : 10/06/2020

#### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009459

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3711  
Nom de l'adhérent(e) : HAMMOU  
Total des frais engagés : 21.00 / 229.13  
Date de dépôt : .....

Tel: 0661 238470

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

## 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 le 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 ya 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 وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الأحياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الاحظار الناجمة عن حوادث الشغف والأمراض الهناء غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع التعاونية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : BELAMINE KHADIJA  
رقم الإنخراط :رقم التسجيل : 2017143  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 931248105742علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \* : B 428 419Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن العنوان : 5, RUE DE L'HERAULT POLO CASABLANCAMontant des frais : 624,00 Dhs درهمNombre de pièces jointes : 

## تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : Belamine  
الاسم العائلي والشخصي : Belamine  
تاريخ الإزدياد :رقم بطاقة التعريف الوطنية : 19081911  
الجنس \*: ذكر M  ذكر  أنثى F  أنثىالرقم الوطني الإستدلالي للممارس : 0910391800  
نوع العلاجاتتم تقديم الظرف المغلق \*: تاريخ الحمل:   
التاريخ المرتقب للولادة: تاريخ الإستشفاء:   
تاريخ الحادث: أسباب الحادث:   
أشهد بصحة المعلومات المذكورة أعلاه.J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : 09/03/2010 في : 09/03/2010  
ترقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : CASA في : 09/03/2010  
ترقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'agent

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

### Description des actes effectués

صف التفاصيل المختارة

CIM-10

### فرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
09/03/20	624,00 dh	<b>PHARMACIE NADOR</b> <b>LAHLOU Abdelali</b> <u>3 Rue de l'Algérie - Av. Nador - Polo</u> <u>Casablanca - Tel: 0522.28.05.76</u>
	INP : 09 8200000018	
	INP :	
	INP :	
	INP :	

INP: 0A 12345678

INP:

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات : الاحياء، الأشعة والصور

INP:

عمليات المساعدات الطين

Actes Paramédicaux



Accueil &gt; Application &gt;

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter) Menu ▾

Information 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
1	-	31/03/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
	61423860	09/03/2020	Payé en : 22 jours	BELAMINE KHADIJA	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	23/12/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	07/10/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	29/07/2019	Virement	-	774,00	444,87	79,26	524,13
1	-	21/06/2019	Virement	-	5 248,30	2 007,60	95,88	2 103,48
1	-	10/06/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13

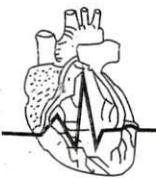
Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>) ★★★★★

Docteur CHAHID Hafsa

CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Coeur  
et des Vaisseaux

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ  
Ben M'sik Sidi Othmane  
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شفيق هفصة

اختصاصية

في أمراض القلب والشرايين

شارع رضا أكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة

عمالة ابن مسيك سidi عثمان

دار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le.....

9/03/2020

دار البيضاء

RECLARING KUADIA

208,00

\*3

COLERAN

5/5

1/4

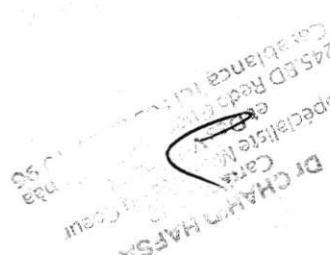
3/10

624,00

PHARMACIE NADOR

LAHLOU Abdelali

3 Rue de l'Hérault Av. Nador - Polo  
Casablanca Tél: 0522.28.05.76



MME KHADIJA BELAMINE  
NO 5 RUE DE L'HERAULT  
POLO  
CASA ANFA  
20550 CASABLANCA FL. FADA

000061423860

## Accusé de Réception

N° Réception : 61423860  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELAMINE KHADIJA  
Immatriculation : 93805742 / 090284191  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELAMINE KHADIJA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FRUITS DE SOINS  
Date et heure : 09/03/2020 9:46  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90148  
Valeur du dossier : 624,00  
Nombre de pièces : 3  
Code Agent : 9MGK066

Code Etablissement :  
Etablissement :