

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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
ND° = 28670

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 Abdelouahed Date de naissance : 21.04.1951
Adresse : 5, RUE DE L'HERAULT 1060 SPANHAM A
Tél. : 0661238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BELAMINE Khadija 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 : CASABLANCA Le : 10/06/2020
Signature de l'adhérent(e) : HAMMOU

VOLET ADHERENT

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 : 24.00 / 299.15
Date de dépôt :

Tei: 0661 238470

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 le praticien 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.

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 وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

الاحتمار 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.

توقيع وطابع التعااضدية
Cachet et signature de la mutuelle

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

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BELAMINE KHADIJA** الاسم العائلي والشخصي:
N° Affiliation : **207143** رقم الإنخراط:
N° Immatriculation : **93128101742** رقم التسجيل:
N° CIN : **B 428 419** رقم بطاقة التعريف الوطنية:
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : **S. RUE DE L'HERAULT POLO CASABLANCA** العنوان:
Montant des frais : **624,00** Dhs مبلغ المصاريف:
Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **BELAMINE KHADIJA** المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **BELAMINE KHADIJA** الاسم العائلي والشخصي:
Date de naissance : **19/08/1974** تاريخ الإزدياد:
N° CIN : **B 428 419** رقم بطاقة التعريف الوطنية:
Sexe* : **M** ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ الجنس:

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09/10391800** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس:
Type de soins نوع العلاجات
Maladie* ☐ مرض* Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق*:
Maternité* ☐ أمومة* Date de grossesse : تاريخ الحمل:
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة:
Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء:
Accident* ☐ حادث* Date d'accident : تاريخ الحادث:
Causes : أسباب الحادث:
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.
Fait à : **CASA** حرر ب :
le : **09/03/2020** في :
Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له (لها)
J'ai déclaré les informations ci-dessus sincères et véritables. أشهد بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Fait à : **CASA** حرر ب :
le : **09/03/2020** في :
Signature du médecin traitant ou de l'établissement des soins توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement des soins

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

أشطب الخانة*



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application >

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#)

Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▼



En vertu de l'article 73 de la loi 45-00 portant création de la Commission Nationale de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public, le CNOPS est chargé de la gestion des assurances sociales pour le personnel du secteur public. Le CNOPS est chargé de la gestion des assurances sociales pour le personnel du secteur public. Le CNOPS est chargé de la gestion des assurances sociales pour le personnel du secteur public.

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 \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr)

★★★★★

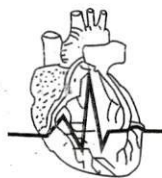
Docteur CHAHID Hafsa

CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane

Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شهيد حفصة
إختصاصية

في أمراض القلب والشرابين

245. شارع رضا أكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة

عمالة ابن مسيك سيدي عثمان

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le 9/03/2020 الدار البيضاء

BECLANING KHADJA

208,00

x3

COLERAN T/T

624,00

PHARMACIE NADOR
LAHLOU Abdelali
3 Rue de l'Hérault Av. Nador - Poic
Casablanca Tél: 0522.28.05.76

DR CHAHID HAFSA
Spécialiste M.
245 BD Reda Guedira
Casablanca Tél: 05 22 37 10 96



MME KHADIJA BELAMINE
NO 5 RUE DE L'HERAULT
POLO
CASA ANFA
20550 CASABLANCA EL FIDA

00C061423860

Accusé de Réception

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

Nom et Prénom Assuré : BELAMINE KHADIJA
Immatriculation : 99805742 / 090284191
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELAMINE KHADIJA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 9/03/2020 9:46
Lieu de réception : CASA SIEGE 90148
Valeur du dossier : 624,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE066

Code Etablissement :
Etablissement :