

# 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 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

O Réclamation	: contact@mupras.com
O Prise en charge	: pec@mupras.com
O 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.

N° W19-547765

ND: 31740

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12706		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EL KARROURI Rhita			
Date de naissance : 10/03/1985			
Adresse :			
Tél. : 0666957545		Total des frais engagés : 30000 DT	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : J'Aïssi MARIAM		
Age: 30		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Conplainte de la dentine		
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 01/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

02/07/2020

Le : 01/07/20

## Instructions à suivre

## تسلیمات یجب 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 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 و طابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : ..... تاریخ الایدیع : .....

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JAID1 NARIA

55222

N° Affiliation :

710 604

N° Immatriculation :

AB 111 927

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

العنوان : Résidence EP Mansour, BD Ghendi

Tmb. 46. Appt 1. 10210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 300,000Dhs

Nombre de pièces jointes : 1

## تصريح الطبيب المعالج

## المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : JAID1 NARIA

08/11/2018

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M  ذكر F  أنثى

## Identification du médecin traitant

N° INP : 091164988

## نوع العلاجات

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

تم تقديم الظرف المغلق \* :  Oui  Non

## Type de soins

تاريخ الحمل : .....

Maternité \*

التاريخ المرتقب للولادة : .....

Hospitalisation \*

تاريخ الاستشفاء : .....

Accident \*

تاريخ الحادث : .....

\* مرض

\* أمومة

\* استشفاء

\* حادث

\* أشده بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : Casablanca

le : 30/01/2020

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 30/01/2020

توقيع الطبيب المعالج المذكور في الوثيقة الصحية

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





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

REJET 1

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
- 3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
	61284089	28/02/2020	Payé en : 59 jours	JAIDI MARIA	300,00	120,00	5,00	125,00
	61284025	28/02/2020	Payé en : 59 jours	JAIDI MARIA	5 000,00	3 664,00	449,50	4 113,50
	61284228	28/02/2020	Payé en : 59 jours	JAIDI MOUNIR	3 800,00	520,00	5,00	525,00

MR MOUNIR JAIDI  
AV GHANDI RES AL MANSOUR ]  
B 33 APPT 09  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061284089

Accusé de Réception

N° Réception : 61284089  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR  
Immatriculation : 33710604 / 100057341  
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA  
Rang Bénéficiaire : 12

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 28/02/2020 10:59  
Lieu de réception : CASA 30102  
Valeur du dossier : 300,00  
Nombre de pièces : 1  
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :  
Etablissement :

