

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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.

N° W19-511885

37248

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 8541 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre : BOUTALEB AICHLA

Nom & Prénom : Date de naissance : 04/04/1967

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 683 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Cége  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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/08/2020

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 le référencé.

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 égales 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

## تولیع و طابع التماضی

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [REDACTED]

Tariх едидату : [REDACTED]

Feuille de soins pour les  
Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

## Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FIMRI ABDELLAH

رقم الانخراط : 121134191

رقم التسجيل : 431430778

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1814873819

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint  زوج  Enfantابن 

العنوان : LOT LAIMOUNE A VILLA N° 100

JSA 4 AN 04

Montant des frais (Dhs) : 683,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 01

## Déclaration du médecin traitant

## Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FIMRI ABDELLAH

المستفيد من العلاجات

Date de naissance : 12/09/1963

تاريخ الإزدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M ♂ ذكر  F ♀ أنثى 

الجنس :

## Identification du médecin traitant

N° INP

0510194125

## Type de soins

Admission ALD\* :

Oui  Non 

N° dossier ALD\* :

[REDACTED]

Code ALD :

[REDACTED]

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق : Oui  Non Hospitalisation\*  استشفاء\* Date d'hospitalisation : [REDACTED]أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : [REDACTED] حرب : [REDACTED]

le : 10/10/2015 في : [REDACTED]

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : [REDACTED] حرب : [REDACTED]

le : 10/10/2015 في : [REDACTED]

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cache 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**

4

CIM - 10

### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/01/20	683,00	
INP : [ ]	INPE: 092036789	
INP : [ ]		
INP : [ ]		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	بـ الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Biologiste
			INP :	_____	
			INP :	_____	
			INP :	_____	

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	ج و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Par
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					

JNP : | | | | | | | |



AMLOZ 5mg  
56 COMPRIMÉS



AMLOZ 5mg  
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 1 3 6 0  
LOT N° : 1 2 7 4 3

UT.AV : 0 4 2  
LOT N° : 1 2 7 4 3

P.P.V.  
UT.AV : 1 3 6 0  
LOT N° : 1 2 7 4 3

## ORDONNANCE

Le 18/01/2020

M-ELFoss El Fihri Aboelhish  
136,60 x 5

- Amloz 5 mg cp (4-54)  
1 cp x 2 (j) : 82)



= 683, 5



P.P.V.

UT.AV : 1 3 6 0  
LOT N° : 1 2 7 4 3



Mon Profil

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 ATTENTE DE PIECE 1

PAYE

❶ 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	-	03/08/2020	Virement	-	1 233,30	827,68	254,72	1 082,40
62285963	02/07/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 233,30	827,68	254,72	1 082,40
■ 1	-	23/03/2020	Virement	-	683,00	341,95	146,55	488,50
■ 1	-	12/12/2019	Virement	-	850,00	480,00	120,00	600,00
■ 1	-	09/12/2019	Virement	-	709,80	485,17		
■ 1	-	09/08/2019	Virement	-	1 000,00	660,00		
■ 3	-	29/07/2019	Virement	-	3 947,00	2	71,00	2
■ 1	-	15/07/2019	Virement	-	1 518,00	920,00	5,00	925,00
■ 1	-	03/06/2019	Virement	-	619,70	350,00	50,00	400,00



Espace interactif



MR ABDELLAH EL FASSI EL FETHI  
LOT LAIMOUNE MILLE 100  
CASABLANCA  
20230 CASABLANCA ESSAGHESA

000061330534

Accusé de Réception

Numéro Reception : 61330534  
M. à rappeler pour toute correspondance ultérieure

Numéro et Prénom Assuré : M. EL FASSI EL FETHI ABDELLAH  
Administration : 43430778 / 049103021  
Numéro et Prénom Bénéficiaire : M. EL FASSI EL FETHI ABDELLAH  
Rang Bénéficiaire : 01  
Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 37032020 10:48  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40031  
Numéro du dossier : 583 00  
Nombre de pages : 1  
Code agent : M4M0481