

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-511885

37248

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTALEB ACHIA
 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 : 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 : 18 / 8 / 2020
 Signature de l'adhérent(e) :

3tablir 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 égales 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى المتاعضية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **EL FASSI EL FIMRI ABDELKADIR** الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **21131481** رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **434319778** رقم التسجيل :
N° CIN : **B4873951** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** ☐ زوج ☐ ابن ☐ Enfant ☐ العنوان :
Adresse : **LOT LAIMOUNE A VILLA n° 100**
Montant des frais (Dhs) : **76 83,007 DHS** مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **01** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **EL FASSI EL FIMRI ABDELKADIR** المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **EL FASSI EL FIMRI ABDELKADIR** الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **12/02/1963** تاريخ الازدياد :
N° CIN : **B4873951** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M** ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ F الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **051524125** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : **Admission ALD*** ☐ Oui ☐ Non نوع العلاجات
Admission ALD* : **N° dossier ALD*** ☐ Oui ☐ Non قبول المرض المزمن :
N° dossier ALD* : **Code ALD*** ☐ Oui ☐ Non رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD* : **Soins ambulatoires*** ☐ Oui ☐ Non رقم المرض المزمن :
Soins ambulatoires* : **Pli confidentiel remis*** ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق :
Pli confidentiel remis* : **Hospitalisation*** ☐ Oui ☐ Non تاريخ الاستشفاء :
Hospitalisation* : **Date d'hospitalisation** :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **CHASSAIGNY** حرر بـ :
le : **12/02/2012** في :
Signature du Praticien (e) توقيع المؤمن له (لها)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CHASSAIGNY** حرر بـ :
le : **12/02/2012** في :
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع المتاعضية

Identification de l'agent :

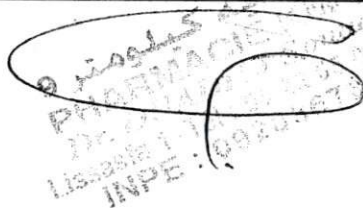
Date de dépôt du dossier : **12/02/2012** تاريخ الإيداع :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الموفرة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/11/20	683,00	
	INP : <input type="text"/>	
	INPE: 092036789	
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	بب الأشعة أو الإحيائي 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 المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					



UT.AV :

P.P.V.

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

LOT N° :

P.P.V.

UT.AV :

LOT N° :

ORDONNANCE

Le 18/01/2020

M-ELFOSS EL Fihni Abdelh
136.60 x 5

- Amlor 5 mg cp (4750
1 cp x 2 (j) 82)

Ut 50 4 ms



= 683, 00

صيدية كلبيتر 9
PHARMACIE
LABORATOIRE
TYPE



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

P.P.V.

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

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	374,20	1 374,20
3	-	29/07/2019	Virement	-	3 947,00	2 184,00	71,00	2 255,00
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

Royaume du Maroc



48 ABDELLAH EL FASSI EL FIHRI
LOT LAIMOUNE VILLA 100

CASABLANCA
20230 CASABLANCA ELISSAFIA

000061330534

Accusé de Reception

NR000 N° Reception : 61330534
CN à rappeler pour toute correspondance ultérieure
Nom et Prénom Assuré : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH
Immatriculation : 43430778 / 040103021
Nom et Prénom Bénéficiaire : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 3/05/2020 10:48
Lieu de réception : CASA SIEGE 40131
Valeur du dossier : 683,00
Nombre de pièces : 1
Code agent : 04M0481
Code Etablissement :
Etablissement :