

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 057930

ND: 44 229

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bouhaik Saida épouse Baghou

Date de naissance : 16/07/1955

Adresse : 04 lot Assalama sidi marouf
Casablanca

Tél : 0641734174 Total des frais engagés : 392,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 :

Le : 16/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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

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 les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش 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 بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.101.01
REF ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **Bouhark, Saida**

رقم الانخراط : **757274**

رقم التسجيل : **1952 1771405**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **334108**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له* : **Conjoint** زوج **Enfant** ابن

العنوان : **64 lot Assalana sidi marouf**

مبلغ المصاريف (درهم) : **392 DH**

عدد الوثائق المرفقة : **4 P**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* : **Masculin** ذكر **Féminin** أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : **09090114** * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins	نوع العلاجات
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*	تم تقديم الظرف المغلق* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*	Date de grossesse : <input type="text"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*	Date prévue d'accouchement : <input type="text"/>
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation : <input type="text"/>
	Date d'accident : <input type="text"/>
	Causes : <input type="text"/>

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à :
Le :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
Le :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Établissement de soins

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



Identification de l'agent :
تاريخ الإيداع :



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth...)



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	ENREGISTRE 2	EN COURS DE TRAITEMENT 7	PAYE	NON PAYE 1
-------------	--------------	--------------------------	------	------------

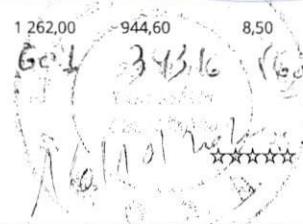
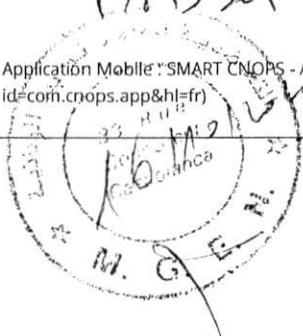
Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	16/06/2020	Virement	-	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30
61824540	20/04/2020	Payé en : 56 jours		BOUHAIK SAIDA	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30
- 1	-	11/05/2020	Virement	-	700,00	120,00	5,00	125,00
61703870	21/04/2020	Payé en : 20 jours		BOUHAIK SAIDA	700,00	120,00	5,00	125,00
- 2	-	26/02/2020	Virement	-	1 654,60	1 109,56	40,95	1 150,51
X 60674221	27/01/2020	Payé en : 30 jours		BOUHAIK SAIDA	392,60	164,96	32,45	197,41
60674204	27/01/2020	Payé en : 30 jours		BOUHAIK SAIDA	1 262,00	944,60	8,50	953,10

148 19 301

60674221 343,16 (60674221)

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



ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE

Bouhaik Seida

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Rd. Thorex osseux
+ 3/4 droit

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

V :
T :
P :



LOT 18T367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH



ORDONN

SETUM 2,
Tube de 60

LOT 957
PER 30 JUL 2022
PPV 52 DH 80

le 17/04/2020



Indications, contre-indications
doit être conservé à une température
d'administration

Bouhrik Saida

7.00 - Repos 35 jours

1 Myolaxol cp



2 cp x 21j / 105j

52.80

1 Ketu - gel

HARMACIE AHMED ALI
Dr. EL JOUADI ALI
101, EL Fath N° 60 bis
CASABLANCA
Tél: 0522 86 32 16

52.80 2 cp x 21j

1 dedes w 3 gel

1 gel 5 *[Signature]*

T = 142.60

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalief
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 10100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1127721	N° SEJOUR : 200004748	FACTURE N° 2005003364	DATE D'ENTREE : 17/01/2020	DATE DE SORTIE : 17/01/2020	
ASSURE :			DESTINATAIRE : BOUHAIK,Saida		
MALADE : BOUHAIK,Saida		UF: 5002 URGENCES			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :			
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	25.00	10.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE . **TOTAUX :** 250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 DEUX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :	
RESTE DU:	250.00	AVOIR :	

DATE FACTURE : 17/01/2020 EDITEE LE : 17/01/2020 PAR: ZBIRY

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalief
 BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
 N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

Royaume du Maroc



MME SAIDA BOUHAIK
NO 64 LOT ESSALAMA 4Y
FLOURIDA S
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTR.

000060674221

Accusé de Réception

N° Réception : 60674221
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA
Immatriculation : 95771405 / 090238844
Nom et Prénom Bénéficiaire : BOUHAIK SAIDA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 27/01/2020 12:52
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138
Valeur du dossier : 392,60
Nombre de pièces : 4
Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :
Etablissement :