

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 057977

ND: 44 219

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : Bouhaïk Saïda épouse Baghou

Date de naissance : 16/7/1955

Adresse : 64 lot A Salama sidi marouf

Rue 23 Coura sidi marouf

Tél : 0641734174 Total des frais engagés : 328, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bouhaïk Saïda Age : 65 ans

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 : Le : 16/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : Bouhaïk



Instructions à suivre

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي يتبعها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من 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 غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

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
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BOU HAÏK SAÏDA الاسم العائلي والشخصي : 9803/68

N° Affiliation : 959771405 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 334-1018 رقم التسجيل :

N° CIN : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 64 lot Anzaran sidi maouf العنوان : 64 Rue 98 Sidi maouf

Montant des frais (Dhs) : 328 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 2 p + prosp عدد الوثائق المرفقة : 2 p + prosp

Déclaration du médecin traitant

إقرار الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BOU HAÏK SAÏDA الاسم العائلي والشخصي : 9803/68

Date de naissance : تاريخ الميلاد : 11/11/1984

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية : 959771405

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091019448 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis * : Oui Non تم تقديم الظرف المخلوق :

Maternité * أومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المرفق للولادة :

Accident * حادث * Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : حرر بـ :

le : في :

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر بـ :

le : في : 16 SEP 2020

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

Dr. BELOADI
Spécialiste O.R.L.

119, Ed. Bir Anzarane - Maâm
Tél. : 05 22 23 84 84
05 22 23 14 67

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

وصف العمليات المجراة

Signature et Cachet du Médecin traitant

Dr. BELQADIR ORLI
 Spécialiste O.R.L.
 119, Bd. Ben Anzarar - Maarouf
 Tbl. 05 22 23 94 84
 05 22 32 14 81

--	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
 Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs
 des dispositifs médicaux

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المحفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

0 7 0 0
L 20 U 3
PER 3 2 5

chid LAMRINI, Ph

BETASERC 24 MG
CP B30



6 118000 012641

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشح
Centre Bir Anzarane d'O.R.L et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM

الدكتور فوزي بلقاضي

- إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
- والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
- وتقويم الدوار والصمك والشخير
- طبيب الجامعة الفرنسية للقطس
- والرياضيات الماثية

CASABLANCA LE

16/09/2020

Madame BOUHAİK Saïda

48,00

BETASERC

1 comprimé 2 fois par jour pendant 15 jours.

PHARMACIE OLIVER
Marion PENNAN
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif
Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 99 26 53

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif
Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 99 26 53



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/authentification)

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	ENREGISTRE 2	EN COURS DE TRAITEMENT 7	PAYE	NON PAYE 1		
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
7	-	-	6 837,10	3 745,30	131,65	3 876,95
63505679	17/09/2020	BOUHAÏK SAÏDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	BOUHAÏK SAÏDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	BOUHAÏK SAÏDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	BOUHAÏK SAÏDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69
63505332	17/09/2020	BOUHAÏK SAÏDA	300,00	163,00	3,00	166,00
63505281	17/09/2020	BOUHAÏK SAÏDA	849,00	160,00	20,00	180,00
63750871	30/09/2020	BOUHAÏK SAÏDA	500,00	128,00	24,00	152,00

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

☆☆☆☆☆

