

# 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.

## Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002084

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mouslikp SAAD

Date de naissance : 08/10/1987

Adresse : Quartier Almaz Ambard FF34, Casablanca

Tél. : 0666183149 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/2020

Nom et prénom du malade : ELMALYH Samia Age: 31

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 : 22 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



ablier une feuille de soins par personne et  
r événement .

feuille de soins doit être accompagnée de  
tes les pièces justificatives originales  
donnances médicales, factures, résultats  
examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée  
vent être portés par les praticiens eux mêmes  
chaque feuille de soins.

s prospectus et les PPM concernant les  
dicaments achetés doivent être joints aux  
lonnances transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces  
ustificatives doivent être présentées à votre  
rtuelle dans les deux mois qui suivent le  
mier acte médical, sauf s'il y a traitement  
dical continu. Dans ce dernier cas, le dossier  
it être présenté dans les soixante (60) jours  
i suivent la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera  
ectué sur la base de la tarification nationale  
référence.

s risques liés aux accidents du travail et  
ladies professionnelles ne sont pas couverts.

te personne coupable de fraude ou de fausse  
laration pour obtenir des prestations qui  
sont par dues, est passible des sanctions  
ales et réglementaires.

obligation de remboursement prise par la  
IOPS est subordonnée au respect des  
ditions 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى  
التعاضدية 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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية  
وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاضدية
<div style="text-align: center;"></div>	
Identification de l'agent : .....	تاريخ الإيداع : .....
Date de dépôt du dossier : .....	Arrivée HAY HASSANI

CNOPS

Feuille de soins Maladie

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 : SMANA ELMALYH : الاسم العائلي و الشخصي  
N° Affiliation : 385534 : رقم الإنخراط  
N° Immatriculation : 438910774 : رقم التسجيل  
N° CIN : 8K358278 : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) \* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن  
Adresse : Quantin Almaguez Ambou 2 5412 Tamenblaf : العنوان  
Apt 38 Casablanca  
Montant des frais (Dhs) : 3000.00 : مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : .....

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : ELMALYH Souad : الاسم العائلي و الشخصي  
Date de naissance : 29/07/84 : تاريخ الإزدياد  
N° CIN : 8K358278 : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe \* : ☐ M ☒ F : الجنس \* : ☐ ذكر ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0811 2813 : الرقم الوطني الإستدلاي للممارس  
Type de soins : نوع العلاجات  
Maladie \* ☐ مرض \* : Pli confidentiel remis \* : ☒ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق \* :  
Date de grossesse : : تاريخ الحمل :  
Maternité \* ☐ أمومة \* : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :  
Hospitalisation \* ☐ استشفاء \* : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :  
Accident \* ☐ حادث \* : Date d'accident : : تاريخ الحادث :  
Causes : : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.	أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : .....	Fait à : .....
le : .....	le : .....
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.

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

\* أشرطة الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

## وصف العمليات المجراة

عمليات الاحياء، 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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

**CIM - 10**

جاءت التوصيات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



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

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
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
64572933	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573047	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573080	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573107	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573135	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00
1	-	13/04/2020	Virement	-	2 000,00	1 755,00	0,00	1 755,00
2	-	16/01/2020	Virement	-	1 000,00	280,00	70,00	350,00
60063402	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
60063418	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	700,00	160,00	40,00	200,00