

## 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 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.

**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

M22- 0005213 **136609**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2479** Société : **RAM**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **ROCHDI M'hamed**  
 Date de naissance : **14-6-1955**  
 Adresse : **Residence Wadi 7, rue de Rome SAIA**  
 Tél. **0621999896** Total des frais engagés : **938,20** 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 : .....  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☒ Pathologie : .....  
 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 : **CASA** Le : **04/11/2022**  
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





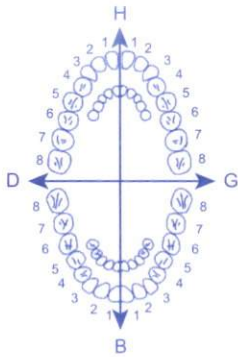
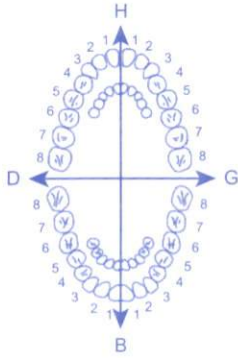
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





### Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALI, B.P 209- Rabat.

### تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): ..... N° du Tél (optionnel): .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIR JAMILA**

رقم الانخراط : **1821166**

رقم التسجيل : **932161022916**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B584734**

علاقة القرابة : **Conjoint** ☐ زوج ☐ **Enfant** ☐ ابن ☐ بين المستفيد والمؤمن (ة) \*

العنوان : **Don de la wadi 2, me 2**

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : **1038,20**

عدد الوثائق المرفقة : **2**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIR JAMILA**

تاريخ الزيداد : **01/06/1982**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B584734**

الجنس : **مذكر** ☐ **أنثى** ☒

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج : **29115875**

نوع العلاجات : **قبول المرض المزمن** ☒ **non** ☐

رقم ملف المرض المزمن : **11111111**

رقم المرض المزمن : **1111**

تم تقديم الظرف المغلق : **oui** ☐ **non** ☒

تاريخ الاستشفاء : **11/11/11**

Soins ambulatoires\* ☐ **علاجات خارجية** ☒ **Hospitalisation\*** ☒ **استشفاء** ☐

Plu confidentiel remis\* : **oui** ☐ **non** ☒

Date d'hospitalisation : **11/11/11**

Fait à : **26/09/2022**

Le : **26/09/2022**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : **Dr. NAZHA NAZHA Pneum. Allergologue**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. **26/09/2022**




### وصف العمليات المجراة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
	03	350			 <p><b>DR. NAZIM</b> Pneumologue - Allergologue 8, Bd. Khouassou - Casablanca Tél.: 05 22 44 05 16</p>

CIM - 10

**جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux										
22/10/22	588.20											
	INP: 092040492											
	INP: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

## عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

## 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
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

**Dr. NAZIHA NAZIH CHAJ,**  
Diplômée des universités de P

PPV 124DH00

LOT 19029 22  
EXP 05/2024

- Spécialiste des maladies de l'ap respiratoire ADULTES et ENFAN
- ALLERGOLOGUE.
- Spécialiste des maladies du son du ronflement.
- Spécialiste de l'handicap respira
- Spécialiste des techniques en pneumo
  - Exploration fonctionnelle respira
  - Endoscopie Bronchique.
  - Thoracoscopie.
- Spécialiste en sevrage tabagique

**LEVAMOX®**  
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose  
1g/125 mg 16 SACHETS

LEVAMOX 1g/125 mg  
Poudre pour suspension buvable en sachet 16 SACHETS  
6 118000 032939

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء في

BAABIR Jannul

124,00 Levamoxe 1g/125

49,00 1 sachet 2g

58,40 20 sachets 20

69,80 30 sachets 20

Baal 40

**EFFIPRED®**  
20 Comprimés 20 mg  
6 118000 031369

**EFFIPRED® 20 mg**  
PPV 58DH40  
EXP 01/2025  
LOT 1ND6D 9

ESAC® 40 mg  
esomeprazole  
7 gélules  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 241904

LOT 21302  
PER 05/23  
PPV 58DH30

05 22 44 05 16 : الهاتف - الدار البيضاء - درب عمر - 7 - الطابق الثاني رقم 8 شارع حريكة - الطابق الثاني رقم 7 - درب عمر - Casablanca - Tél : 05 22 44 05 16  
Place de la victoire, 8 Bd. khouribga - 2ème étage n° 7 -



+ divalone nasal  
captive 38 12 28

aps 6

Aeromay (12)

I pulv. 6 an  
x 3 mes

387,00

Foster 100/6 laundie

1 buffer 6 an

x 3 mes

Maxigrip

1 bud

**DR. NAZITHA NAZITH**  
Pneumo-allergologie  
Enfants - Adultes  
8, Bd. Khoufoua N° 1, D. Ibn Omar  
Casablanca - Tél: 05 22 14 05 16



Vignette  
**FOSTER**  
100/6  
mcg/dose  
PPV= 387DH00  
**فستار**  
6/100  
ميكروغرام/جرعة

288,20

**PHARMACIE**  
Dr. Mohamed LABLAN  
28, Rue de l'Indépendance  
Angle Rue de l'Indépendance  
Tél: 05 22 85 45 45  
Fax: 05 22 81 45 45  
RC: 312383 - IF: 12771205