

## 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



## COMPLEMENT Déclaration de Maladie

M22- 0005210 **136608**

☐ 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 : **Ben Lema Walili 2, rue de rom**  
**CASA**

Tél. **0621999896** Total des frais engagés : **600,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08 NOV 2022**

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 : **4/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

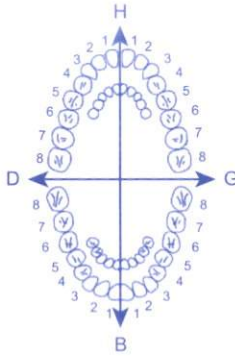
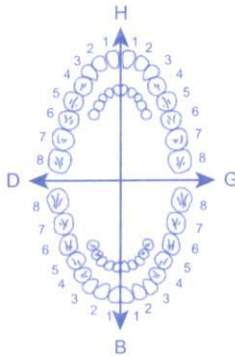
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input 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 KHALIL, B.P 209- Rabat.

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمن حاصلين 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 التعاوضية 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 التعاوضية 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 ويبرأ المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

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 التعاوضية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## 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 : **11821166**

رقم التسجيل : **932 6022916**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B15814734**

علاقة القرابة بين المؤمن والمؤمن (ة) : **Conjoint** ☐ زوج ☐ ابن ☐ بنت

العنوان : **Domicile n° 7, rue de Rome**

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : **600,00**

عدد الوثائق المرفقة : **4**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIR JAMILA**

تاريخ الميلاد : **04/10/1962**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B15814734**

الجنس : **مذكر** ☐ Masculin ☒ Féminin

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج : **0910519504**

نوع العلاجات : **Admission ALD\*** ☐ oui ☐ non

قبول المرض المزمن : **N° dossier ALD\*** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

رقم ملف المرض المزمن : **Code ALD\*** ☐ ☐ ☐ ☐

رقم المرض المزمن : **Soins ambulatoires\*** ☐ علاجات خارجية \* ☐ Plu confidentiel remis\* : ☐ oui ☐ non

تم تقديم الطرف المغلق : **Hospitalisation\*** ☐ استشفاء \* ☐ Date d'hospitalisation : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

تاريخ الاستشفاء : **Fait à :** **CASA** **حرر بـ :** **26/09/2024**

**Le :** **26/09/2024** **في :** **26/09/2024**

أشهر بصحة : **توقيع المؤمن (ة)** **Signature de l'assuré (e)**

كل ما ذكر أعلاه : **أشهر بصحة** **Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.**

أشهر بصحة : **توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية** **Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins**

أشهر بصحة : **La vente de cet imprimé est formellement interdite**

أشهر بصحة : **وضع علامة في الخانة المناسبة**

أشهر بصحة : **La vente de cet imprimé est formellement interdite**



### وصف العمليات المجراه

[illegible]

CIM - 10

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

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

**عمليات الإحياء، 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
<div style="text-align: center;">INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span></div>					
<div style="text-align: center;">INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span></div>					
<div style="text-align: center;">INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span></div>					

## 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
86/05/21				3000/21	
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

clinique  
mers  
sultan

CLINIQUE MERS SULTAN

64 Bd OMAR IDRISSE  
CASABLANCA



مصحة  
مرس  
السلطان

F A C T U R E

N° 9 994 / 2022 du 26/09/2022

Nom patient	BASSIR JAMILA	Entrée 26/09/2022	Sortie 26/09/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00			
CONSOMMABLE	1,00		300,00	300,00
			300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

	Total général 600,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces 600,00				Total encaissé 600,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

64, شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42  
64, Bd Omar El Idrissi ( en face du jardin Murdoch ) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42  
الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05  
RC : 45021 - I.F 2501099 - Patente : 34450506 - CNSS : 1420869 - ICE : 001728360000010  
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemerssultan.com / www.cliniquemerssultan.com



de 29/09/2022  
BASSIR JADILA

Patiente de 60 ans, suivie pour  
une DDB (TDI non vue) se présente  
pour détresse respiratoire modérée  
avec toux productive, admise  
pour 2 séances de nébulisation  
(SALBUTAMOL + ATROVENT) avec  
corticothérapie, bonne évolution,  $SpO_2 = 98\%$   
à l'air libre. Tu ATB démarrée,  
vous l'admette par PEC spécialisée

URGENCES 24H/24H





de 28/08/2022

BASSIR JATTILA

- 1) AURIFENTIN 1g x 81 j, p<sup>o</sup>lt 7 jrs.
- 2) SALUREL 2 g<sup>o</sup>le matin après effervescents p<sup>o</sup>lt, de j<sup>o</sup> p<sup>o</sup>lt 3 jrs.

URGENCES 24H/24H

64, Bd Omar El Idrissi ( en face du jardin Murdoch ) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 : الهاتف

E-mail: [cliniquemerssultan@gmail.com](mailto:cliniquemerssultan@gmail.com) - [cmr@cliniquemerssultan.com](mailto:cmr@cliniquemerssultan.com)



AME BASSIR JAMILA  
 ANG R ROME R ABDESLAM  
 KHATB 7  
 CASABLANCA  
 CASABLANCA CENTRE DE TRI  
 20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 77047845 Date et heure : 26/10/2022 09:33  
 Nom et prénom Assuré : BASSIR JAMILA  
 Immatriculation : 93602296 / 090123522  
 Nom et prénom bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA / 01  
 Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
 Lieu de réception : CASA SIEGE 90142  
 Valeur en Dirhams : 600,00 Nombre de pièces : 4  
 Code Etablissement : Agent de réception : YMG24/  
 Nom Etablissement :



AME BASSIR JAMILA  
 ANG R ROME R ABDESLAM  
 KHATB 7  
 CASABLANCA  
 CASABLANCA CENTRE DE TRI  
 20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 77047863 Date et heure : 26/10/2022 09:34  
 Nom et prénom Assuré : BASSIR JAMILA  
 Immatriculation : 93602296 / 090123522  
 Nom et prénom bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA / 01  
 Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
 Lieu de réception : CASA SIEGE 90142  
 Valeur en Dirhams : 036,20 Nombre de pièces : 2  
 Code Etablissement : Agent de réception : YMG24/  
 Nom Etablissement :



Ce plug in n'est pas compatible.

[Accueil](#) | [Application](#) | [Assuré app](#)



En vertu de l'article 73 de la 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 84 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

[Ma Situation](#) | [Remboursements](#) | [Prises en charge](#) | [Immatriculation](#) | [Menu](#)

[Information](#) | **ENREGISTRÉ 3** | **EN COURS DE TRAITEMENT 2** | **PAYÉ**

N° Dossier(s)	Date de réception	Référéciare	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 538,20	403,66	5,00	408,66
77047845	26/10/2022	BASSIR JAMILA	600,00	120,00	5,00	125,00
77047863	26/10/2022	BASSIR JAMILA	938,20	283,66	0,00	283,66

Application Mobile: SMART CNOPS - Assuré: [Télécharger](#)
★★★★★