

# 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.



**Déclaration de Maladie**

M22- 0041289

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4549

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés : 81,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément remboursement en cours

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/01/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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.

توقيع وطابع التعاقدية

DELEGATION ADMINISTRATIVE

30 NOV. 2022

M.G.P.A.P

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسليّة للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجique عند إيداع ملف طلب التوفيق لدى التعاقدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية 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 وفقاً مهنيي الصحة وتوفيقهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التوفيق عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاقدية التي تتبعون إليها خلال الشهرين الموليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداءً من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقيدة بغير حق دون الأخذ 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاقدية.

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



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): ..... خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي : ..... رقم الانحراف :

N° Affiliation : ..... رقم التسجيل :

N° Immatriculation : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : ..... علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)\*

Lien de parenté du bénéficiaire ..... Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة

Adresse : ..... العنوان

Montant des frais (Dhs) : ..... إجمالي المصاري (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

المسنود من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ..... تاريخ الإيداد :

Date de naissance : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : ..... الجنس \* :

Sexe\* : ..... Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

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

INPE : 091169466

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة

و مؤسسات العلاج

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق \* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

### Type de soins

Maladie\*  مرض \*

Maternité\*  امومة \*

Hospitalisation\*  إستشفاء \*

Accident\*  حادث \*

Pli confidentiel remis\* : oui  non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Fait à : ..... حرر بـ : .....

Le : ..... في : .....

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : ..... حرر بـ : .....

Le : ..... في : .....

أشهد بصحة

ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés Cardiologue

Cardiologue interventionnelle

120, Bd. My Idriss Ier - Résidence My Idriss Ier

2ème Etage - N° 4 CASABLANCA

Tel: 0522 88 20 74 - Fax: 0522 88 20 78

ICE: 0016245370000044

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### Description des actes effectués

## وصف العمليات الم

CIM - 10

## **جريدة الوصيقات التي تم تنفيذها والدّهاليز الطبية الممولة**

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاجماع، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes   | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|---|--------------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|---|
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
| INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"></span> |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
| INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"></span> |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
| INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"></span> |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |
|   |                                |   |                            |                                  |   |



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

اعادة التأهيل القلبي

29 novembre 2022

Mme BAKKALI FADOUA

FIBROCARD LP 240 mg , Gélule

1 gélule par jour, pendant 1 Mois  
LE SOIR



Dr. Hind EL FILALI ADIB  
Cardiologue Interventionnelle

120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss  
2ème Etage N°4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 74  
ICF : 001625537000091

الطبابة الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél: 05 22 81 17 67

31/03  
31/03  
~~PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél: 05 22 81 17 67~~





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

EN COURS DE TRAITEMENT 5

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

| Nb.Dossier(s) | Date de réception | Date Palement      | Mode Palement | Bénéficiaire   | Frais engagés | AMO    | Mutuelle | Total    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|--------|----------|----------|
| - 2           | -                 | 20/01/2023         | Virement      | -              | 1 481,00      | 846,70 | 72,12    | 918,82   |
| 77733766      | 30/11/2022        | Payé en : 51 jours |               | BAKKALI FADOUA | 81,00         | 56,70  | 12,96    | 69,66    |
| 77733676      | 30/11/2022        | Payé en : 51 jours |               | BAKKALI FADOUA | 1 400,00      | 790,00 | 59,16    | 849,16   |
| - 1           | -                 | 19/01/2023         | Virement      | -              | 1 439,51      | 982,40 | 220,60   | 1 203,00 |
| 77577751      | 22/11/2022        | Payé en : 58 jours |               | BAKKALI FADOUA | 1 439,51      | 982,40 | 220,60   | 1 203,00 |
| ■ 2           | -                 | 03/12/2022         | Virement      | -              | 1 237,10      | 428,98 | 75,62    | 504,60   |