

# 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- 0033976

165856

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TA21 Nada

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661155658 Total des frais engagés : 1957 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

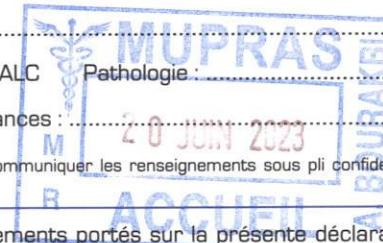
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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.

## RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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	

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1				

Instructions à suivre

lir une feuille de soins par personne et événement.

feille de soins doit être accompagnée de es les pièces justificatives originales onnances médicales, factures, résultats xamens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

prospectus et les PPM concernant les icaments achetés doivent être joints aux nnances transmises.

euille de soins ainsi que les pièces ficiatives doivent être présentées à votre elle dans les deux mois qui suivent le ier acte médical, sauf s'il y a traitement cal continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours uivent la fin du traitement.

emboursement des frais engagés sera tué sur la base de la tarification nationale férence.

isques liés aux accidents du travail et dies professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse aration pour obtenir des prestations qui ont pas dues, est passible des sanctions es et réglementaires.

igation de remboursement prise par la PS est subordonnée au respect des tions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغاضدية

Identification de l'agent :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ 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 طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

BENBOUBKER AMAL

N° Affiliation :

169860

N° Immatriculation :

431 253389

N° CIN :

884232

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة

Adresse : RÉSIDENCE ARRANMANE N° 6

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

1952,00  
ص ١٩٥٢

Nombre de pièces jointes :

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*

العنوان :

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\*:

BENBOUBKER AMAL

13 05914

684232

M ♂ ذكر  F ♀ أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

INP : 091130922

Type de soins

Maladie \*

مرض \*



Pli confidentiel remis\* :

Oui

Non

Maternité \*

أمومة \*



Date de grossesse :

Hospitalisation \*

استشفاء \*



Date d'hospitalisation :

Accident \*

حادث \*



Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : CASABLANCA

حرر بـ: في: ١٧٠٣٦٤٢٣

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

Fait à : CASABLANCA

حرر بـ: في: ١٧٠٣٦٤٢٣

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

scription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفقيدي Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٦-٢-٩٣	299,٨٢	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

Actes Paramédicaux

الطباطبائی

# *NETSPACE*



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
1	-	01/06/2023	Virement	-	1 957,20	1 414,91	290,39	1 705,30
2	-	04/04/2023	Virement	-	1 168,70	873,88	103,12	977,00
1	-	22/01/2023	Virement	-	800,60	698,96	93,84	792,80
1	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,00

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

★★★★★

[Accueil](#) > [Application](#) > [assure app](#)

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En ladite Loi, les Mutualités gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les

[Information](#)**EN COURS DE TRAITEMENT 1**[PAYE](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMG
1	-	-	1 957,20	1 414,91
0081040	30/03/2023	BENBOUBKER AMAL	1 957,20	1 414,91

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

AA

cnops.org.ma



**Docteur Saâd SOULAMI**  
**Professeur de Cardiologie**

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter



**الدكتور سعد السلمي**  
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والوعي الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى والدوبليير بالألوان

Patient: Boutoum Nour Casablanca, le 16/12/2023

mal

Baudetite pu mal

la Cigogne mal

~~94, Rue Mostafa El Maâni - Casablanca  
ICE: 00002240800070  
NAB - Casablanca  
Direction Générale Andalousie~~

2.000

**Dr. Saâd SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie  
356 Rue Mostafa El Maâni  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 22 18 84 / **06 62 88 90 91** - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

356. زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء  
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com  
Tél.: 05 22 22 18 84 / **06 62 88 90 91** - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

# MAROC DIABETE PLUS



94 Rue ABOU ASSALT AL ANDALOUSSI - MAARIF  
 CP : 20100  
 Casablanca Maroc  
 Tél : 0522 23 76 76 / 23 75 24 / 98 44 65  
 Email : marocdiabete@menara.ma

Facture N° : FA23/1572

DATE	CLIENT	PAGE
16/03/2023	04542	1 / 1

BENBOUBKER AMAL

Casablanca

Code	Désignation de l'article	Qté	P.U TTC	P.T TTC
GS300/25	B.L N° : BL23/1824 BANDELETTE BIONIME GS300 BTE 25	2.00	80,00	160,00
GS570/25	BANDELETTE BIONIME GS570 BTE 25	3.00	80,00	240,00

Net H.T	TAUX	T.V.A
333.33	20%	66.67
<b>TOTAL</b>		
333.33		66.67

Montant HT	333.33
Montant TVA	66.67
Montant TTC	400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 QUATRE CENT DIRHAMS.