

# 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.

M23-007025

26084

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BERDAI Mohamed  
 Date de naissance : 21/07/57  
 Adresse : 81, Rue Larache N°12 cas A  
 Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 795,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Couplement Remboursement croisé  
 Membre Epouse de BAKKACI Fadoua

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Copain

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 : 05/06/2013 Le : 22/06/2013

Signature de l'adhérent(e) : 

22 JUIN 2013

ACCUEIL  
22 JUIN 2013  
MUPRAS



## 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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

**SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 3

REJET 1

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
- 3	-	19/06/2023	Virement	-	2 094,95	1 168,44	137,07	1 305,51
	80210172	06/04/2023	Payé en : 73 jours	BAKKALI FADOUA	300,75	300,00	0,00	300,00
	80503985	25/04/2023	Payé en : 54 jours	BAKKALI FADOUA	795,00	466,50	84,20	550,70
	80346231	13/04/2023	Payé en : 66 jours	BAKKALI FADOUA	999,20	401,94	52,87	454,81

MME BAKKALI FADOUA  
N 81 RUE LARACHE APT 18 HAY  
ESSALAM  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Accusé de Réception



080503985

N° de Dossier : **80503985** Date et heure : 25/04/2023 09:24  
Nom et prénom Assuré : **BAKKALI FADOUA**  
Immatriculation : **55298843 / 050139188**  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: **BAKKALI FADOUA / 01**  
Type de dossier : **FEUILLE DE SOINS**  
Lieu de réception : **CASABLANCA 50115**  
Valeur en Dirhams : **795,00** Nombre de pièces : **3**  
Code Etablissement : **5MTR307**  
Nom Etablissement :



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بيورود

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

الطب التأهيلي القلبي  
21 mars 2023

Mme BAKKALI FADOUA

16500 (x3)

CRONODINE LP 240 mg, Gélule

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois  
LE SOIR

AS

13, Bd. Rue de Rome Résidence NORA  
Dr. Samiria BAKKALI ISSECC  
PHARMACEUTIQUE  
CRONODINE LP 240 mg  
30 Gélules

Dr. Hind EL FILALI ADIB  
Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. My Idriss 1er Résidence My Idriss  
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA  
Tel: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76  
ICE : 001625537000091



CRONODINE LP 240 mg

30 Gélules

CRONODINE LP 240 mg  
30 Gélules



d Moulay Idriss 1er.

Résidence Moulay Idriss.

2ème étage Casablanca

tel: 06 36 13 68 01

Fax: 05 22 86 20 76

Urgences: 06 36 13 68 01

E-mail: hindelfilah@hotmail.com

IF: 15178160

TP: 36331592

ICE 001625537000091

INPE: 091169466

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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

CASABLANCA  
DELEGATION ADMINISTRATIVE  
25 AVR.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ اليداع :

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من التكاليف 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، ولا فإنه من الضروري لرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

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

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

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الاحوال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للالستفادة 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 للتعاقدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وارسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرابط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة



Feuille de soins pour les  
Affections de longue Durée

0650012550

رقم الهاتف (اختياري):

خاص بال المؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي :

BAKKALI Fadoua

113183

55111918943

1176191156

رقم الآخراط :

113183

رقم التسجيل :

55111918943

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

1176191156

علامة القرابة :

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : 81 Rue Larache APP 18 Res. Nelyoma

HAYES CALAIS CASABLANCA

795,00

04

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

BAKKALI Fadoua

113183

1176191156

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

BAKKALI Fadoua

تاريخ الإزدياد :

113183

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

1176191156

الجنس\* :

Masculin  ذكر  Féminin  انثى

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

Oui  non

قبول المرض المزمن :

Oui  non

رقم ملف المرض المزمن :

Oui  non

رقم المرض المزمن :

Oui  non

تم تقديم الظرف المغلق :

Oui  non

تاريخ الاستشارة :

Oui  non

حرر :

Le: 29/03/2016

في:

Signature de l'assuré (e)

اصغر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة في

Cardiologie Interventionnelle

120, Bld Hassan II, Casablanca, Maroc

Tel: 0522 88 20 76 - Fax: 0522 88 20 76

ICE : 00162553700001

Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعأ كلياً بيع هذا المطبوع

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المموضة

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

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/03/2023	495,00	<p>صيدلية منتزه الإيسيسكو PHARMACIE JARDIN ISSESCO</p> <p>Dr. Samir EL MOSALAMI</p> <p>13, Bis, Rue de Rome Résidence NORIA Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45</p>
	INP : <input type="text" value="092065734"/>	
	INP : <input type="text" value=""/>	
	INP : <input type="text" value=""/>	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

عملات المساعدات الطبية

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 20px;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 20px;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 20px;" type="text"/>					

BAKKALI ,FADOUA,

ID:

DDN:

Femme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

21/03/2023 11:50:19

FC: 82 BPM  
Int PR: 168 ms  
Durée QRS: 84 ms  
QT/QTc: 376/414 ms  
Axes P-R-T: 70 -15 69  
RR Moy: 729 ms  
QTcB: 440 ms  
QTcF: 417 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL FILALI ADIB  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. My Idriss 1er Résidence My Idriss  
28ème Etage - N° 4 CASTELBLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76  
ICPE : 001625537000094

Signé par:

Date:

