

# 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l' Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-013115 complétement

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8163

Société :

RAH

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHADLI

Abdelghani

Date de naissance :

15.07.1967

Adresse :

56, rue de l'Indépendance 1218

Tél. :

0661976344

Total des frais engagés :

250,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07.04.2023

Nom et prénom du malade :

Ehigafime Houde

Age: 1977

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 :

CASAB

Le :

13.06.2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



### 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

AM      PC      IM      IV

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

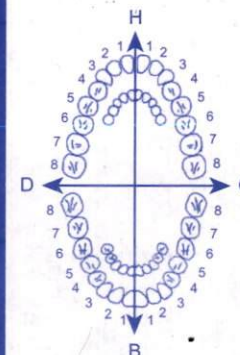
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إدعاء 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 إدعاء 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.

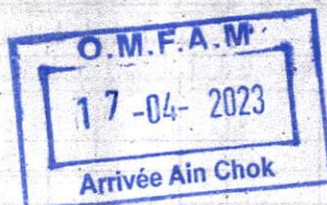
يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الأخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

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

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال 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 : ..... تاريخ الإيداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : EL YATIME Houda الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 343334 رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 432 824379 رقم التسجيل :  
N° CIN : BWSI F481 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)\*

Adresse : 56, Hay El Magenta 21801 العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 250,00 إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 02 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : EL YATIME Houda الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 2009/19/77 تاريخ الميلاد :  
N° CIN : BWSI F481 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى الجنس\* :

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 : Inpd-091246934

Type de soins نوع العلاجات  
Maladie\* ☐ مرض \*  
Maternité\* ☐ أمومة \*  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء \*  
Accident\* ☐ حادث \*  
PLI confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐ تم تقديم الظرف المغلق\* :  
Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الإستشفاء :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

Fait à : حرر بـ :  
Le : 07/04/2023 في :  
توقيع المؤمن (ة) : .....  
Signature de l'assuré(e) : .....  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : حرر بـ :  
Le : 11/04/2023 في :  
أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة



### وصف العمليات المجراة

**CIM - 10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

عمليات الاحياء الاشعة والصور

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

INP : | | | | | | | | |

## مليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |



Dr. Ramid Hind

Dermatologue

Médecin Esthétique & Laseriste

• Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

• Diplômée en Médecine Esthétique et Laser

de l'Université de Versailles Paris - France

• Ancienne interne à l'hôpital Saint Louis à Paris - France

HR

الدكتورة الرميد هند

طبيبة متخصصة في أمراض الجلد

وطب التجميل والليزر

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• حاصلة على دبلوم في طب التجميل والليزر من جامعة فرساي بفرنسا

• طبيبة داخلية سابقا بمستشفى سان لويس بباريس - فرنسا

07 Avri 2023

Le : ..... في :

M<sup>me</sup> Aouda El YATIME

1) Sévotio deffunif legu  
Sapp / le Mat

2) Rhobortite Co.  
Sapp / le Not

3) Effacer cne larouche

4) Janssen 8RF 504  
1 app / 2h si en positi plane

5) GlycoA Neol  
1 app / 2 12 Mos

شارع القدس إقامة الأمراء، مدخل "ب" الطابق الثاني، الشقة رقم 6- الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 36 37 - البريد الإلكتروني : dr.ramidhind@gmail.com

Bd El Qods, Résidence les Princes, Imm B, 2 ème Etage N°6 - Casablanca

Tél.: 05 22 21 36 37 - E-mail : dr.ramidhind@gmail.com



Ce plug-in n'est pas compatible.



Accueil » Application » assure app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



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
- 2	-	13/06/2023	Virement		776,80	398,76	128,04	526,80
80400247	17/04/2023	Payé en : 56 jours		ELYATIME HOUDA	526,80	278,76	98,04	376,80
80400305	17/04/2023	Payé en : 56 jours		ELYATIME HOUDA	250,00	120,00	30,00	150,00