

# 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

N° W21-809429

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

R.A.N

A62469

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1700

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

EL FASSI EL FIHRI ABDELAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'at<sup>l</sup> médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 7/7/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

# 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

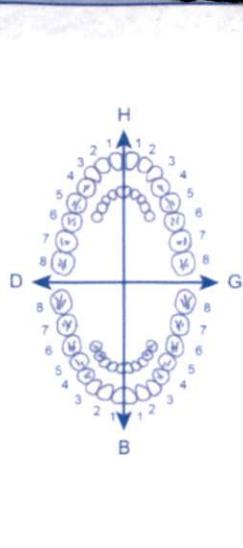
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

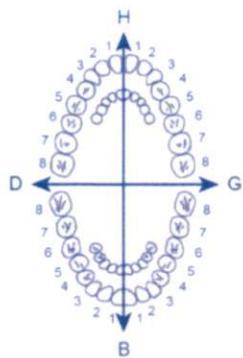
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	
B	G	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Mot de passe)



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

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
- 2	-	28/06/2023	Virement	-	3 136,70 731,87	1	342,23	2 074,10
81367090	08/06/2023	Payé en : 20 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 436,70	811,87	312,23	1 124,10
81367135	08/06/2023	Payé en : 20 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 700,00	920,00	30,00	950,00
■ 3	-	27/06/2023	Virement	-	7 960,00 745,92	2	611,48	3 357,40
■ 1	-	04/04/2023	Virement	-	3 284,20 775,48	1	585,82	2 361,30
■ 2	-	02/02/2023	Virement	-	3 010,00 833,06	1	629,74	2 462,80
■ 2	-	31/12/2022	Virement	-	3 751,90 309,23	2	714,57	3 023,80

## 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 التعاوني

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع :

تُستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد باصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للحالات 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 إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية بملف ETM المرخص.

المؤمن غير مطالب بالإلاداء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التغاضدية ولا بالإلاداء بنتائج الفحوصات الأشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (دوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبافي المهني الصحة وتوقعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرساء أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغاضدية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المولفين 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 المقبوضة بغير حق دون الالتماع بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 00-65).

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 بالطبية (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليل ص-ب 209 الرباط.

## 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): ..... خاص بالمؤمن (ة)

#### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom:

EL FASSI ELFIRI ABDELLAH

N° Affiliation:

211348A

N° Immatriculation:

434 1307778

N° CIN:

B487389

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse:

LOT LAIMOUNE N° 100  
LISASSFA CASABLANCA

Montant des frais (Dhs):

1700,00

Nombre de pièces jointes:

02

#### Déclaration du médecin traitant

##### المستفيد من العلاجات

Nom et prénom:

DR RENABDERRAZIK M'hamed

Date de naissance:

1971-04-19

N° CIN:

DR RENABDERRAZIK M'hamed

Sexe\*:

Mâle

ذكر

Féminin

#### Identification du médecin traitant

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

091020354

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة  
وهيكلات العلاج

Type de soins

oui non

Admission ALD\*:

\_\_\_\_\_

N° dossier ALD\*:

\_\_\_\_\_

Code ALD:

\_\_\_\_\_

Soins ambulatoires\*  علاجات خارجية \*

oui non

Hospitalisation\*  استشفاء \*

Pli confidentiel remis\*  Date d'hospitalisation: \_\_\_\_\_

Fait à: CARABLANCA

حرر بـ: \_\_\_\_\_

Le: 12/05/2023

في: \_\_\_\_\_

توقيع المؤمن (ة)

Dr RENABDERRAZIK M'hamed

Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة

كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

J'atteste sur l'honneur Té

l'exhaustivité des renseignements

portés ci-avant.

portés ci-avant.

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

(يمنع منعfully كلها بيع هذا المطبوع)

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

## Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزودة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

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

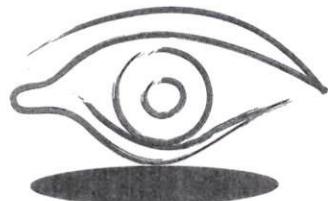
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

#### **عمليات الاحماء، الاشعة والصور**

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

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
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

### Mr. ELFASSI ELFIHRI ABDELLAH

Monture pour vision de près + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

VP :

OD = + 2.50 (- 0.25 à 40°)

OG = + 2.50 (- 0.25 à 140°)

**INTEROPTIC**  
Hind ECHAFAI  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
Rue Mellilia - Mohammedia

Casablanca , le 12/05/2023

96 شارع 2 مارس، إقامة ولبلى العمارة A، الطابق 2، الشقة 5 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21

# Interoptic

**INTER OPTIC**

**FACTURE N°:** 1475

## Résidence du parc, angle

## Mellia et bd ibnou tachefine

Magasin N° 3 Mohammedia

**DATE:** 29-05-2023

M. EL FAssi EL FINRI  
Abdel Lah

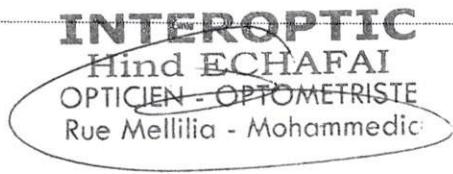
**Arrêté la Présente Facture à la Somme de**

Mille quatre cent dollars

**Montant à payer**

dont T. V. A. à

20 % incluse pour



INETROPTIC RC : 17356 IF : 40397495 ICE : 00192278000019 PATENTE : 8037/16

INPE · 095011664