

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AG7469  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : 1700

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FARI ABDELKAR Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
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'att. 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 : CAS Le : 7/7/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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.



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP :

# 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 Particien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

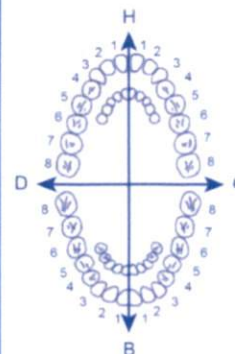
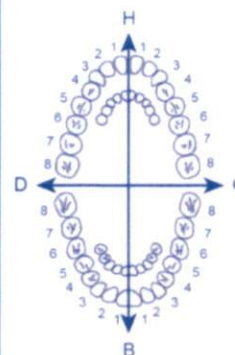
I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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'EXE



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



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.

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلین على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم 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، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التغطية 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 إيداع 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 ويبرأ المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال 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 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): ..... N° du Tél (optionnel): .....

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

الاسم العائلي والشخصي: **EL FASSI EL FINRI ABDESSAM** Nom et prénom :

رقم الانخراط: **2113481** N° Affiliation :

رقم التسجيل: **434130778** N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B41873991** N° CIN :

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

العنوان: **LOT LAIMOUNE 1 N°100** Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **71700,00** Montant des frais (Dhs): .....

عدد الوثائق المرفقة: **02** Nombre de pièces jointes : .....

تصريح الطبيب المعالج **Déclaration du médecin traitant**

المستفيد من العلاجات: **المستفيد من العلاجات** Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي: **EL FASSI EL FINRI ABDESSAM** تاريخ الميلاد: **08/04/1963** Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B41873991** N° CIN : **DR RENABDERRAZIK**

الجنس: **ذكر** Sexe\*: ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ أنثى

تعريف الطبيب المعالج **Identification du médecin traitant**

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة: **091020854** N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Etablissements de santé (INPE)

نوع العلاجات: **نوع العلاجات** Type de soins

قبول المرض المزمن: **oui** Admission ALD\*: ☐ oui ☐ non

رقم ملف المرض المزمن: **.....** N° dossier ALD\*: .....

رقم المرض المزمن: **.....** Code ALD: .....

تم تقديم الطرف المغلق: **oui** Soins ambulatoires\*: ☐ علاجات خارجية\* ☐ Pli confidentiel remis\*: ☐ oui ☐ non

تاريخ الاستشفاء: **.....** Hospitalisation\*: ☐ استشفاء\* ☐ Date d'hospitalisation: .....

فعل إلى: **CASABLANCA** Fait à : .....

في: **29/05/2013** Le: .....

توقيع المؤمن (ة): **.....** Signature de l'assuré (e)

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج: **.....** Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite. يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## 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
29/05/2023	1400,00 Dh	INTEROPTIC Hind ECHAFAI OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rue Mellilia - Mohammedia
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] 095011664	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

## عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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 الرازيق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (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

دكتور محمد علي بنعبد الرازيق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A N°6  
Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58

Casablanca, le 12/05/2023

96, Avenue 2 Mars, إقامة ولبلي العمارة أ، الطابق 2 الشقة 6 - 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 : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 0522.86.05.57 / 58

# Interoptic

**INTER OPTIC**

**FACTURE N°:** 1775

**Résidence du parc, angle**

**Mellilia et bd ibnou tachefine**

**Magasin N° 3 Mohammedia**

**DATE :** 29-05-2023

**M.** EL FASSI EL FIKRI  
Abdellah

Quantités	DESIGNATION	Nomenclature	P. U.	MONTANT
1	Monture vision de près			400,00
2	Verres organique HR	Lot	500	1000,00
	OD = +2,50 (-0,25 à 140°)			
	OG = +2,50 (-0,25 à 140°)			
Arrêté la Présente Facture à la Somme de				
Mille quatre cent dix-huit				
<b>INTEROPTIC</b> Hind ECHAFAI OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rue Mellilia - Mohammedia				
Montant à payer				1400,00 Dhs
dont T V. A. à				
20 % incluse pour				

INETROPTIC RC : 17356 IF : 40397495 ICE : 001922780000(19 PATENTE : 8037/16

INPE : 095011664