

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-007602

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société : RAH
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HESSABDI FOUZIA
Date de naissance : 21/12/1958
Adresse :
Tél. : 0646 009835 Total des frais engagés : 640,6 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 : 2/01/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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

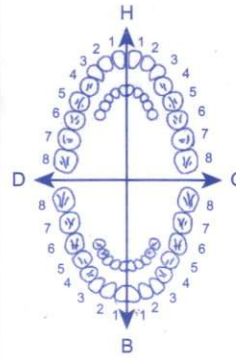
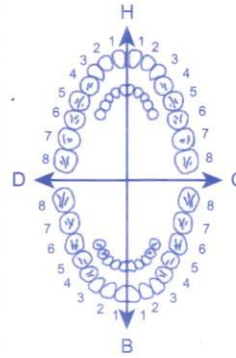
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>	
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أثمانها بالوصفات المرسلة.
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.	يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطاء الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطرة القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع التعاضدية

Cachet et signature de ma mutuelle

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 Réf ANAM مرجع رقم
N° Bordereau : N° Dossier :	
Partie réservée à l'assuré(e)	
خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي : N° Affiliation : رقم الإختراط : N° Immatriculation : رقم التسجيل : N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له : Conjoint <input type="radio"/> زوج <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن	
Adresse : العنوان :	
Montant des frais (Dhs) : مبلغ المصاريف (درهم) : Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant	
تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات : Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي : Date de naissance : تاريخ الميلاد : N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe : <input checked="" type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى	
Identification du médecin traitant	
تعريف الطبيب المعالج	
N° INP : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : Type de soins : نوع العلاجات : Maladie : <input type="radio"/> مرض <input checked="" type="radio"/> Pli confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Maternité : <input type="radio"/> أمومة <input checked="" type="radio"/> Date de grossesse : تاريخ الحمل : Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة : Hospitalisation : <input type="radio"/> إستشفاء <input checked="" type="radio"/> Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء : Accident : <input type="radio"/> حادث <input checked="" type="radio"/> Date d'accident : تاريخ الحادث : Causes : أسباب الحادث :	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : هرب : le : في : Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له (لها) :	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : هرب : le : في : Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Cachet et Signature de l'établissement de soins :	

2

POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCABLES



6 118000 120889

30
قرصا قابلا
لللكسر

عن طريق الفم

POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCABLES



6 118000 120889

30
قرصا قابلا
لللكسر

عن طريق الفم



مصحة الأطلس - فاس

Polyclinique Atlas - Fès



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le :

17/05/93

Dr Abdelkrim Yousef

167.40 polygopin 5mg

X2 = 334.80 x 2

~~0055448~~
TPT 03 mks

صيدلية السلامة
PHARMACIE ASSALAMAH
IBN LKHAYAT IDRISSI Najia
Rue Jordanie Fès Gare-Tél.: 05.35.62.13.06

INP 142032091

T: 334.90

Pr. AMAR B. Chadya
Professeur de psychiatrie
CHU Hassan II - FES
INPE 141220673



Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 002914234000045 - RC : 70437



Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 15/06/23

Nom : Mr Youssef
Prénom : Abdelkrim

- Honoraire Dr. :
• Somme : 300.12



Cachet et Signature

Dr. AARAB Chadia
Médecin Généraliste

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/\)](#)
[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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

ACCORDE 1

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	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
81583818	20/06/2023	Payé en : 44 jours		YOUSFI MUSTAPHA	3 450,00	1 892,20	333,05	2 225,25
81706601	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	646,60	255,62	54,46	310,08
81706582	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	684,80	282,36	60,57	342,93
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

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

★★★★★