

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M.F.BEN YOUSSEF Fonction : Fonction

Date de naissance : 11/11/1957

Adresse :

Télé. : 0644009985 Total des frais engagés : 506,1 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 : Fès Le : 7/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : Messa

## 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**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

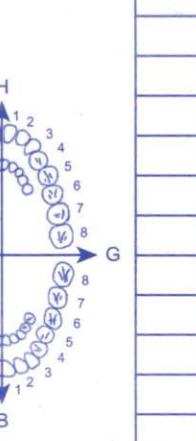
#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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.

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) from a lateral perspective. The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Numbered 1 through 4 are located on the upper arch, and numbered 3 through 8 are on the lower arch. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, indicating the direction of the upper arch. A horizontal arrow labeled 'D' on the left and 'G' on the right indicates the direction of the lower arch. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points downwards, indicating the direction of the lower arch.

**(Création, remont, adjonction)**

#### Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

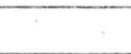
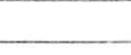
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمانها 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 والوثائق 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 يوماً) 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 والأمراض 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يبي ذكره.
<b>Cachet et signature de ma mutuelle</b> <b>توقيع و طابع التعاوضية</b>	
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : .....	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		Feuille de soins Maladie	
		Réf ANAM	مراجع رقم
		N°Dossier : .....	
		خاص بالمؤمن له (لها)	
		N°Bordereau : .....	
		Partie réservée à l'assuré(e)	
		الاسم العائلي والشخصي : .....	
		رقم الإخراط : .....	
		رقم التسجيل : .....	
		رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....	
		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له	
		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	زوج <input type="checkbox"/>
		Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	ابن <input type="checkbox"/>
		العنوان : .....	
		Montant des frais (Dhs) : .....	
		Nombre de pièces jointes : .....	
تصريح الطبيب المعالج			
المستفيد من العلاجات			
Bénéficiaire de soins		الاسم العائلي والشخصي : .....	
Nom et prénom : .....		Date de naissance : .....	
N° CIN : .....		جنس : ♂ <input checked="" type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/>	
Sexe : ♂ <input checked="" type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/>		تعريف الطبيب المعالج	
N°INP		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس	
Type de soins		نوع العلاجات	
Maladie <input checked="" type="radio"/>	مرض <input type="radio"/>	Pli confidentiel remis : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الظرف المغلق <input checked="" type="checkbox"/>
Maternité <input type="radio"/>	أمومة <input type="radio"/>	Date de grossesse : .....	تاريخ الحمل : .....
Hospitalisation <input type="radio"/>	استشفاء <input type="radio"/>	Date prévue d'accouchement : .....	التاريخ المرتقب للولادة : .....
Accident <input type="radio"/>	حادث <input type="radio"/>	Date d'hospitalisation : .....	تاريخ الاستشفاء : .....
		Date d'accident : .....	تاريخ الحادث : .....
		Causes : .....	أسباب الحادث : .....
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه			
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : .....	حرر ب : .....	Fait à : .....	
le : .....	في : .....	في : .....	
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المعاون			
Signature de l'assuré(e)			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

- INP: Identification Nationale du Praticien  
- Cocher la mention utile pour chaque case

أطْبَقَ الْخَاتِمَ

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	النطغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطريق الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
15/07/2023	C M	-1		150 DR		
						
						
						
						
						
						
						
						

**CIM - 10**

جرد الوصفات التي تم تنفيدها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذية Date d'exécution	الcenن المفوتر Prix facture	توقيع وطابع الصيدلاني أو مومن المختبرات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/07/23	356.10	
	INP: 161201911664	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الإحياء، الأشعة و المصور
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé du Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وظيفة طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP: <input type="text"/>						
INP: <input type="text"/>						
INP: <input type="text"/>						

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدین الطبيین
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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						
INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						
INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						

INP:



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app



(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter) Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

 Le collectif n'est pas pour le santé

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
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
81467158	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	781,80	531,91	106,01	637,92
81467203	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	1 270,50	775,86	167,77	943,63
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>) ★★★★★

**Cédol**  
24 Comprimés



6 118000 180913

ستمديك

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
16 sachets



6 118000 160182





دبلوم فيأشعة الصدى - م.رج. ابن سينا الرياط  
شهادة في التخطيط العائلي : تتبع العمل - فحص الأطفال والرضع  
تخطيط القلب

طبيب محلف لدى المحاكم  
تسليم الشهادة للحصول على وخصة السياقة

طبيب سابق بقسم المستعجلات م.أ.م عبد الله - سلا  
خريج كلية الطب والصيدلة بالرياط

- Diplôme d'Échographie Générale C.H.U. Avicenne Rabat
- Certificat en Planification Familiale CHU Avicenne Rabat
- Suivi des Grossesses, Examen des Enfants et Nourrissons.
- ECG (pour les Cardiaques).
- Médecin Assermenté auprès des Tribunaux.
- Certificat de Conduite des Véhicules.
- Ex Médecin des Urgences HPM Abdellah-Salé
- Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.

Tanger, le

15/7/23 طنجة، في

Yousfi Abdelk.

168.20

① Augmentation ~~soit~~ 1g/11

33.00

187 x 21 g

②

Spectrum ~~soit~~ 1g/11

22.00

cellophane ~~soit~~ 1g/11

③

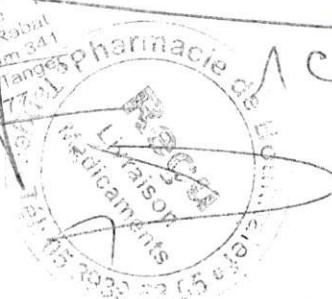
93,70

33,20

habitat ~~soit~~ 1g/11

356,10

Dr. Ali Mohamed Cherif  
Diplôme d'Échographie  
Générale CHU Avicenne Rabat  
Comm. IRFANE I GH 35B imm 341  
ETG 1 N° 10 Boukhalf Tanger  
NPIE : 161000877-01



Royaume du Maroc



## Accusé de Réception



MR YOUSFI MUSTAPHA

NO 13 R EGYPT RES IDRISI

AZHAR

FES

FES PRINCIPAL

30000

N° de Dossier :

82139390

Date et heure : 24/07/2023 15:29

Nom et prénom Assuré :

YOUSFI MUSTAPHA

Immatriculation :

93422376 / 090085741

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

YOUSFI ABDELKARIM

/ 31

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

FES 91218

Valeur en Dirhams :

506,10

Nombre de pièces : 6

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE009

Nom Etablissement :