

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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 : H05257

Société : 170003

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : T.H.I. Sidi El Hassan

Date de naissance : 21 Février 1939

Adresse : Général SIT N°34 SKHIRAT / PLAGE

Tél. : 06 61 17 01 08

Total des frais engagés : 770,78 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : LAABI

Nom et prénom du malade : LAABI Touria Age : 78

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'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 : RAHAT

Le : 21/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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

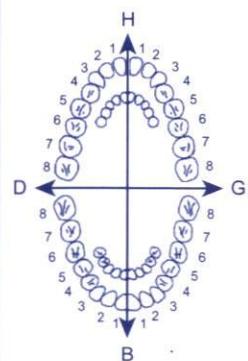
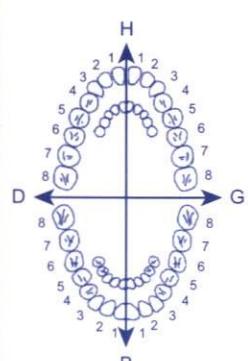
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX			DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les patients eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précéde.

## Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier:

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل حدث

يجب أرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضية التي تتمون إليها في طرف شهر من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة المستدير. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإسترالة الناجمة عن حوادث الشغف والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل عن تكبد عليه الع lett او تضرر كالإلاستدال من خدمات غير مستحقة سعاف طبقاً للمعاشرة القانونية

حق التعويض من طرف الصنفون الوطني لمنظمه الاحتياط الاجتماعي زهين بالاحترام الشروط القانونية وكل ما يلي ذكره



# Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : LAABIT Touria

444414914

N° Affiliation : 15149149113161

N° Immatriculation : 14141131815

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire Conjoint  زوج  Enfant  ابن  بن المستفيد والمؤمن له\*

لعنوان : Boîte Postale 9106 - Hay Riad - RABAT

Montant des frais (Dhs) : 7740,00 DH

Nombre de pièces jointes : 01

## تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : LAABIT Touria

12011819149145

Date de naissance : 12/01/1819

14141131815

N° CIN :

Sexe\* : Masculin  ذكر Feminin  أنثى

## Identification du médecin traitant

N° INP

INPE 101099766

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

- نوع الغلابات

جول المرض المزمن :

قم ملء المرض المزمن :

قم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق :

اربع الاستثناء :

Type de soins

oui non

Admission ALD\* :

oui non

N° dossier ALD\* :

oui non

Code ALD :

oui non

Soin ambulatoire\* Pli confidentiel remis\* Hospitalisation\* 

Date d'hospitalisation :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : RABAT

Le : 10/5/017/2/1019131

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : RABAT

Le : 10/5/017/2/1019131

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

طبخ الخاتمة

Exposition

CNOPS

CIM - 10

**جريدة المنشآت التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

INT :

Actes Paramédicaux



I EX-Professeur de cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat  
 I Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat  
 I Diplômée en Echocardiographie - Facultés de Médecine Paris VI et Paris XII  
 I Diplômée en Cardiologie du sport - Faculté de Médecine de Bordeaux

| أستاذة سابقة بكلية الطب الرباط  
 | خريجة كلية الطب الرباط  
 | دبلوم الفحص باللوجات فوق الصوتية من  
 كلية الطب باريس VI وباريس XII  
 | دبلوم الطب الرياضي للقلب والشرايين من  
 كلية الطب بيوردو

Rabat, le

03. 07. 2023.

Dr : Laabi Tadili  
 Tounsi

30.70 - 2 Roud yac 75: 1/

1BA 80 - 2 Taraf 80, 1/

52.80 + 2 LDNO, 10. 1/

x 3 mois T = 440.0

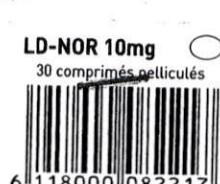
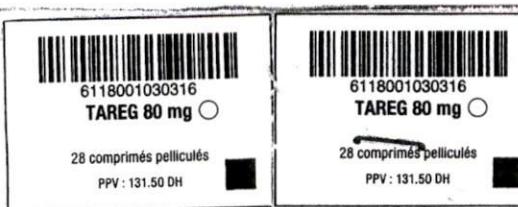
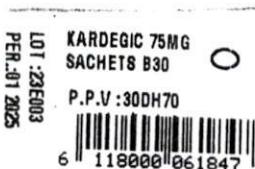
Dr. Aïcha AOUAD  
 Professeur de Cardiologie à la Faculté  
 de Médecine de Rabat 07.01.23

Pharmacie SARFI  
 Dr. SARIAS EL GHTAR  
 Av. Annakhil, Hiv. Nihad, Rabat  
 Tel: 0537 71 30 11

Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Ibn Sina. 3ème étage

Appt n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)

Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com





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

REJET 1

PAYE

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	-	04/09/2023	Virement	-	2 104,50	1 646,50	25,00	1 671,50
2	-	30/08/2023	Virement	-	1 340,00	668,00	29,00	697,00
81975199	13/07/2023	Payé en : 48 jours		LAABI TOURIA	740,00	500,00	5,00	505,00
81975156	13/07/2023	Payé en : 48 jours		LAABI TOURIA	600,00	168,00	24,00	192,00
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70

MME LAABI TOURIA  
BP 2106 HAY RIAD

RABAT  
RABAT RP  
10000

N° de Dossier :

81975199

### Accusé de Réception



Date et heure : 13/07/2023 13:50

Nom et prénom Assuré :

LAABI TOURIA

Immatriculation :

54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT 50669

Valeur en Dirhams :

740,00

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR471

Nom Etablissement :