

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.



## Déclaration de Maladie

W21-846979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA

Date de naissance :

Adresse : A 99 633

Tél. : Total des frais engagés : 1659,90

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'at 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible][illegible]

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

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

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. BOUTALEB Bouabd  
Médecin Chef  
c/s Ouhoud - Gabs Gabs  
N°22 001221140

m - El Foss El Fih AL lllh  
180,0 x2 - Om will Pals lons

92,000 3 - powder 1 g cp. 3 min 3

16700-AS - Weston 10-7-52 = 1652, 50

15. (4.3 min)

40.16 x 20  
- 15.25 for 800  
2. 107 x 21.11 3000

23.6002

270021 - 1 ep 1, 11 3 m 15

107.60 Shingling 700 yd.

*[Handwritten notes and signatures are visible over the stamp]*

ur, 2001 Mycoester rate (S.V.)

100 ROUTALES Bouche  
 Mécène Chef  
 C/S Ouhou - Cass Anfa  
 INPE: 091024126



**CARDIOFLEX<sup>®</sup> 100 mg**  
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

319334



6 118001 103041

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

LOT : 22E016  
PER : 10 2025  
MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20



6 118000 011118

LOT : 22E004  
PER : 03 2026  
MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20



6 118000 011118

**Stagid<sup>®</sup> 700 mg**  
100 comprimés sécables



6 118000 021292

**CARDIOFLEX<sup>®</sup> 100 mg**  
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH



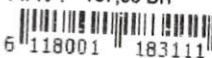
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111



6 118001 103041

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

319334



6 118001 103041

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

319334



6 118001 103041

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

319334



6 118001 103041

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

319334




6 118001 103041

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH



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 2

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
- 1	-	01/03/2024	Virement	-	1 442,40	1 010,63	270,27	1 280,90
85216891	08/01/2024	Payé en : 53 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 442,40	1 010,63	270,27	1 280,90
- 1	-	02/01/2024	Virement	-	1 190,00	780,56	195,14	975,70
84280414	21/11/2023	Payé en : 42 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 190,00	780,56	195,14	975,70
- 1	-	23/11/2023	Virement	-	1 652,90	1 136,58	332,82	1 469,40
83358530	06/10/2023	Payé en : 48 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 652,90	1 136,58	332,82	1 469,40

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

☆☆☆☆☆



La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية 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 وإرجاع 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 و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة 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 : .....



مل : 0661597433

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

N° du Tél (optionnel): ..... رقم الهاتف (اختياري): .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 211314181 رقم الانخراط : .....

N° Immatriculation : 43143107781 رقم التسجيل : .....

N° CIN : B418173191 رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

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

Adresse : LOT LAIMOUNE A VILLA N°100 العنوان : CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 71652,90 DHs إجمالي المصاريف (بالدرهم) : .....

Nombre de pièces jointes : 03 عدد الوثائق المرفقة : .....

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 21/01/1963 تاريخ الميلاد : .....

N° CIN : B418173191 رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) 091024125 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض \* Pli confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐ تم تقديم الظرف المغلق\* :  
Maternité\* ☐ أمومة \* Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء \* Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :  
Accident\* ☐ حادث \* Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :  
Causes : ..... أسباب الحادث :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

Fait à : 091024125 حرر ب :  
Le : 03/11/2013 في :  
توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : 03/11/2013 حرر ب :  
Le : 03/11/2013 في :  
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج  
أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant  
ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة




### وصف العمليات المُجرّاة

[illegible]

CIM - 10

جهد الوصفيات 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 وملاح الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/08/23	1652.90	
	INP: <input type="text"/>	
	INP: <input type="text"/>	
	INP: <input type="text"/>	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

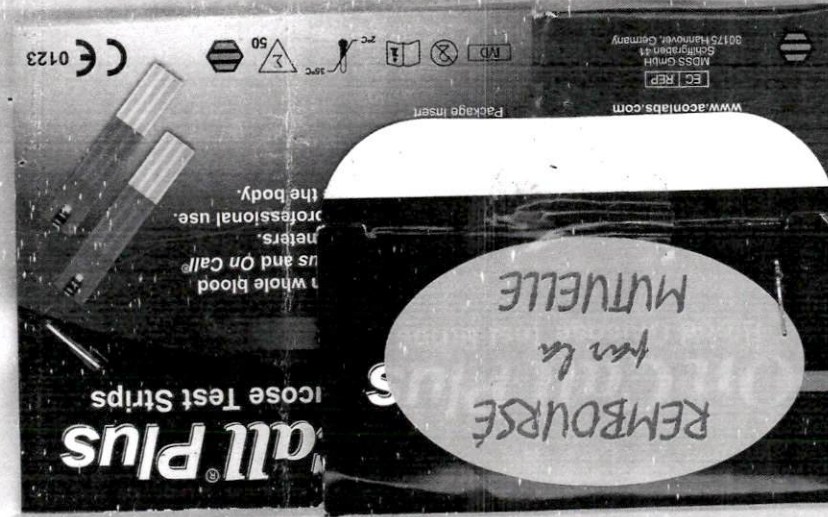
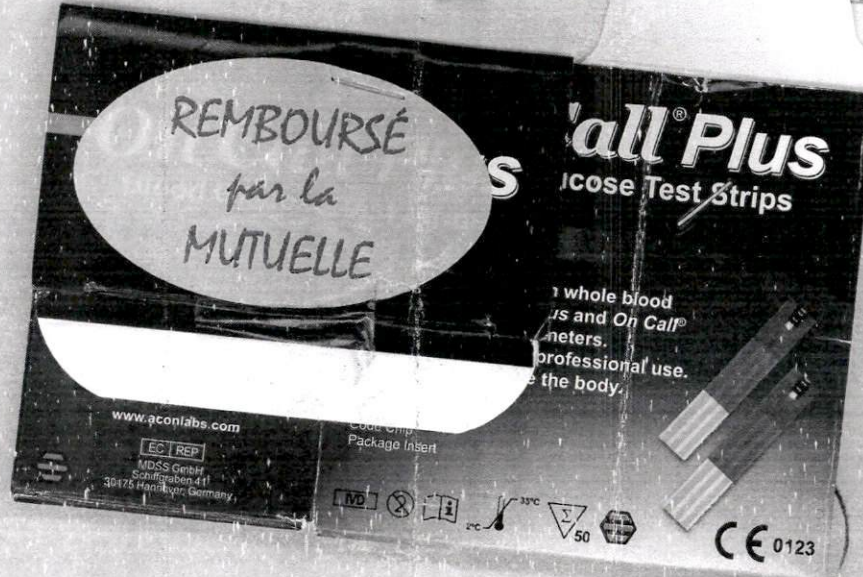
عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## 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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



Pharmacie KMG  
11 rue de la République  
11000 Paris  
Tél: 01 42 22 60 11



MR EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH  
LOT LAIMOUNE VILLA 100

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



CASABLANCA

CASABLANCA LISSASFA  
20230

N° de Dossier : 83358530 Date et heure :06/10/2023 11:26  
Nom et prénom Assuré : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH  
Immatriculation : 43430778 / 040103021  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40127  
Valeur en Dirhams : 1 652,90 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0596  
Nom Etablissement :