

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

- 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.



Déclaration de Maladie

W21-846981

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : R.A.N

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB ALCHA

Date de naissance : 24/04/1967

Adresse : 199630

Tél. : Total des frais engagés : 300

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'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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

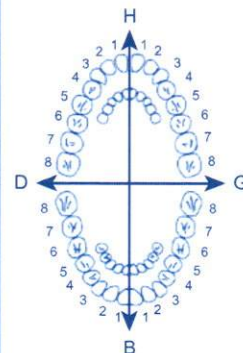
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

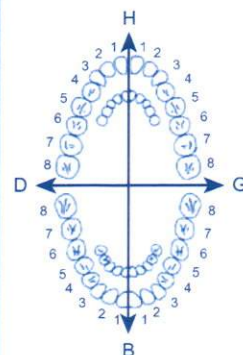
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

MR EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH
LOT LAIMOUNE VILLA 100

**Accusé de Réception**

CASABLANCA

CASABLANCA LISSASFA

20230

N° de Dossier :

80907585

Date et heure : 17/05/2023 09:42

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 40105

Valeur en Dirhams :

300,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0088

Nom Etablissement :

06/07/2023, 09:12



Clinique "Californie"

Casablanca, le 11/05 2023

Le Docteur P. Belhadj

prie M. R. EL Fassi EL GHRI Abdelhak

d'accepter l'expression de ses sentiments
distingués et lui présente suivant l'usage,
sa note d'honoraires pour

Consultation + ECG

S'élevant à la somme de 1300,00 Dhs

CLINIQUE CALIFORNIE
54, rue des Honoraires
Tél: 0522 50 75 98 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 75 98
Casablanca

وصف
توقيع وطابع الطبيب
nature et Cachet
médecin traitant
pratique
Cabinet Honoraires
Clinique Califo
- Tel: 0522 50 75 98
0522 50 75 98

دعوات فوائض
وقيع وطابع الصيدلي او م
pharmacien et/ou Fourr
sitifs médicaux

Instructions à suivre

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 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.

تعليمات يجب اتباعها

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 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 التعريفة 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 وبراءة وإبراج 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).

لمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق 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.



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 FIMRI ABDELALI**
رقم الانخراط: **213451**
رقم التسجيل: **434 310778**
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B4873191**
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة): **ابن** ☐ **زوج** ☐
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
العنوان: **LOT LAIMOUNE A VILLA N°100**
LISSA SFA CASABLANCA
Adresse:
إجمالي المصاريف (بالدرهم): **1300**
Montant des frais (Dhs):
عدد الوثائق المرفقة: **02**
Nombre de pièces jointes:

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins
الاسم العائلي والشخصي: **EL FASSI EL FIMRI Abdelali**
تاريخ الزيادة: **27/02/1963**
Date de naissance:
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B4873191**
N° CIN:
الجنس*: **ذكر** ☒ **أنثى** ☐
Sexe*: Masculin Féminin

تصريح الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
و مؤسسات العلاج
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): **090000084**
09018692

نوع العلاجات
Type de soins
قبول المرض المزمن: ☐ **oui** ☒ **non**
Admission ALD*:
رقم ملف المرض المزمن: **11111111**
N° dossier ALD*:
رقم المرض المزمن: **1111**
Code ALD:
تم تقديم الظرف المغلق: ☐ **oui** ☒ **non**
Soins ambulatoires*
تاريخ الاستشفاء: **11/05/2014**
Date d'hospitalisation:

حرر بـ: **11/05/2014**
Le: **11/05/2014**
في: **11/05/2014**
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.
حرر بـ: **11/05/2014**
Le: **11/05/2014**
في: **11/05/2014**
أصحر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة في هذه الوثيقة.
Je déclare l'exactitude des informations ci-dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature et tampon du médecin traitant
545, Bd. Panoramique
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80 / 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 80 80

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

توقيع وطابع التعاضدية Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: Date de dépôt du dossier:

[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										
	INP: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

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
<div style="text-align: right;">INP : </div>					
<div style="text-align: right;">INP : </div>					
<div style="text-align: right;">INP : </div>					

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 : [][][][][][][][][]					

Adnenan, El Tassi el Timri

11-Mar-2023 09:35:18

ID:

60 ans, Naiss: 27.02.1963.

Fréq. Card.: 59 BPM
Int PR: 200 ms
Dur. QRS: 101 ms
QT/QTc: 376/376 ms
Axes P-R-T: 69 31 59

SpO₂ 98%
TA 12/7 9

