

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.

W21-846981

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8561**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BOUTALEB ACCHA

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : **300**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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

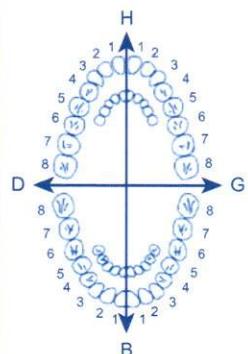
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

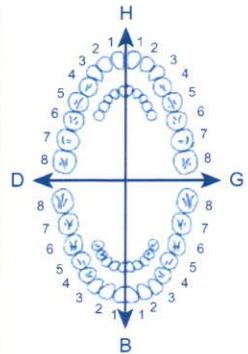
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

CCEFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUT

MR 1 EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH
LOT LAIMOUNE VILLA 100

Royaume du Maroc



CASABLANCA
CASABLANCA LISSASFA
20230

Accusé de Réception

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 : **M4M0088**

Nom Etablissement :

 (portailapps/www/index.php/assures/auth/MonStatut) 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	REJET 1	PAYE																																																																																	
<p>Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nb.Dossier(s)</th> <th>Date de réception</th> <th>Date Paiement</th> <th>Mode Paiement</th> <th>Bénéficiaire</th> <th>Frais engagés</th> <th>AMO</th> <th>Mutuelle</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>-</td> <td>28/06/2023</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>3 136,70 731,87</td> <td>1</td> <td>342,23</td> <td>2 074,10</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>-</td> <td>27/06/2023</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>7 960,00 745,92</td> <td>2</td> <td>611,48</td> <td>3 357,40</td> </tr> <tr> <td>80907585</td> <td>17/05/2023</td> <td colspan="2">Payé en : 41 jours</td> <td>EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH</td> <td>300,00</td> <td>200,00</td> <td>50,00</td> <td>250,00</td> </tr> <tr> <td>80907634</td> <td>17/05/2023</td> <td colspan="2">Payé en : 41 jours</td> <td>EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH</td> <td>1 160,00</td> <td>762,96</td> <td>190,74</td> <td>953,70</td> </tr> <tr> <td>80907700</td> <td>17/05/2023</td> <td colspan="2">Payé en : 41 jours</td> <td>EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH</td> <td>6 500,00 782,96</td> <td>1</td> <td>370,74</td> <td>2 153,70</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>-</td> <td>04/04/2023</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>3 284,20 775,48</td> <td>1</td> <td>585,82</td> <td>2 361,30</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>-</td> <td>02/02/2023</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>3 010,00 833,06</td> <td>1</td> <td>629,74</td> <td>2 462,80</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>-</td> <td>31/12/2022</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>3 751,90 309,23</td> <td>2</td> <td>714,57</td> <td>3 023,80</td> </tr> </tbody> </table>			Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	2	-	28/06/2023	Virement	-	3 136,70 731,87	1	342,23	2 074,10	3	-	27/06/2023	Virement	-	7 960,00 745,92	2	611,48	3 357,40	80907585	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	300,00	200,00	50,00	250,00	80907634	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 160,00	762,96	190,74	953,70	80907700	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	6 500,00 782,96	1	370,74	2 153,70	1	-	04/04/2023	Virement	-	3 284,20 775,48	1	585,82	2 361,30	2	-	02/02/2023	Virement	-	3 010,00 833,06	1	629,74	2 462,80	2	-	31/12/2022	Virement	-	3 751,90 309,23	2	714,57	3 023,80
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total																																																																											
2	-	28/06/2023	Virement	-	3 136,70 731,87	1	342,23	2 074,10																																																																											
3	-	27/06/2023	Virement	-	7 960,00 745,92	2	611,48	3 357,40																																																																											
80907585	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	300,00	200,00	50,00	250,00																																																																											
80907634	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 160,00	762,96	190,74	953,70																																																																											
80907700	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	6 500,00 782,96	1	370,74	2 153,70																																																																											
1	-	04/04/2023	Virement	-	3 284,20 775,48	1	585,82	2 361,30																																																																											
2	-	02/02/2023	Virement	-	3 010,00 833,06	1	629,74	2 462,80																																																																											
2	-	31/12/2022	Virement	-	3 751,90 309,23	2	714,57	3 023,80																																																																											



Clinique "Californie"

Casablanca, le 11/05 20.23

Le Docteur P^r Belhaj
prie M^r EL fassi EL fittri Abdellah

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 A 300,00 Dhs

Clinique CALIFORNIE
543, Bd Hassan II Casablanca
Tél: 0522 50 80 / 0522 52 55
Fax: 0522 50 66

وصة
توقيع وطابع الطبيب
nature et Cachet
médecin traitant
docteur
Practique
Alimentation
Amérique Califor
- Tél: 0522 50 8
0522 50 75 98

médicaux fournis
وقوع وطابع الصيدلي او م
armacien et/ou Four
sitifs médicaux

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

رقم الهاتف (اختياري): خاص بالمؤمن(ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: EL FASSI EL FIMRI ABDELAH رقم الانخراط:

N° Affiliation : 2103481 رقم التسجيل:

N° Immatriculation : 43M 307748 رقم بطاقة التعريف الوطنية:

N° CIN : 134187438151 العلامة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)*:

Lien de parenté du bénéficiaire Conjoint زوج Enfant ابن ابنة

العنوان: LOI LAIMOUNE A VILLA N°100

ISSASS FA LASARLANA

1300

0.2

أجمالي المصارييف (بالدرهم): عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي: EL FASSI EL FIMRI ABDELAH تاريخ الازدياد:

Date de naissance : 1979-01-06 رقم بطاقة التعريف الوطنية:

N° CIN : 134187438151 الجنس*: Masculin ذكر Féminin انثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) رقم الوطني الاستدالي لمهني الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins قبول المرض المزمن:

Admission ALD* : oui non

N° dossier ALD* رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD: رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires* علاجات خارجية * Pli confidentiel remis*: oui non

Hospitalisation* استشفاء * Date d'hospitalisation: تاريخ الاستشفاء:

Fait à: 05/01/2018	حرر بـ: 05/01/2018
Le: 05/01/2018	في: 05/01/2018
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-dessus.	
捺印: 05/01/2018	
Fait à: 05/01/2018	
Le: 05/01/2018	
تصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أدناه	
Je déclare les informations ci-dessous sincères et vérifiables.	
توقيع الطبيب المعالج	
Adultes - Enfants Nourrissons	
545, Bd Panoramique Casablanca - Tél: 0522 507655	
Cet imprimé est formellement interdit	

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

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.

تعليمات يجدها اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين 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، والإفادة 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 التعاقدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الأشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى المهنيي الصحة وتوفيقهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاقدية التي تتكونون إليها خلال الشهرين الموليين للتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقطوبة بغير حق دون الاحوال 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).

المزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاقدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلب (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطني وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وظابط التعاقدية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذي Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []

Actes Paramédicaux

تاریخ 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 Paramédica
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Houelle, El tassi el timri

ID:

Naisse: 27.02.1963.
60 ans,

SaO₂ 98%

TA 12/17 g

11-Mai-2023 09:35:18

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

