

# 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.

200539

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02658

Société : 12 AM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MENIAN EL MEHARI

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : Rue des 3 Paniers

Tél. : 0672833390

Total des frais engagés : 850,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/14

Nom et prénom du malade : DIAW SEYDI

Age : 87

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : EPOVSE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2014

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 :

Le : / /

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 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	

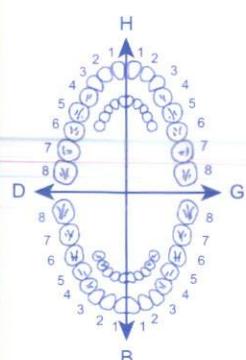
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

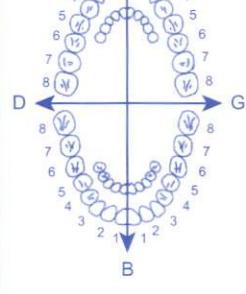
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION


  
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE**

[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



**CNOPS** CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SOCIALE

PRODUCTEURS DE SOINS ASSURÉS EMPLOYEURS CNOPS



Ce plug-in n'est pas compatible.

ZINE TOURIA  
BIN 13377280  
AFFIL. 432874741



Accès à Application > Assurance

Informations EN COURS DE TRAITEMENT PAYÉ

N° Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
66112467	02/01/2024	Paiement	-	ZINE TOURIA	3 400,40	1 540,04	191,76	1 721,20
66112467	02/01/2024	Paié en : 49 jours	-	ZINE TOURIA	2 250,00	1 093,60	48,40	1 142,00
66112467	02/01/2024	Paié en : 49 jours	-	ZINE TOURIA	300,00	120,00	30,00	150,00
66112464	02/01/2024	Paié en : 49 jours	-	ZINE TOURIA	850,40	326,44	112,76	429,20
66 1	-	06/02/2024	Virement	-	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
66 2	-	05/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
66 3	-	03/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
66 1	-	01/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
66 1	-	06/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
66 1	-	30/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
66 3	-	28/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
66 1	-	12/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
66 1	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
66 1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
66 1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré ➤ Télécharger



MME ZINE TOURIA  
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI  
MAAROUF  
CASABLANCA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001

N° de Dossier :

85112494

Date et heure : 02/01/2024 13:11

Nom et prénom Assuré :

ZINE TOURIA

Immatriculation :

43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ZINE TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40105

Valeur en Dirhams :

850,40

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0088

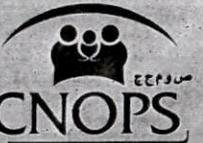
Nom Etablissement :



Accusé de Réception



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة



## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

رقم الهاتف (اختياري): 0672833391

خاص بالمؤمن (أ)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الاتصال :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علامة القرابة :

بين المستفيد والمؤمن (أ)

Nom et prénom : Touria ZINE

3631718

43218147411

B137H280

N° Affiliation : Conjoint  زوج  ابن  Enfant

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Adresse : 19 Rue Daudouen Sidi Mârouf

Montant des frais (Dhs) : 850,40 Dhs

Nombre de pièces jointes : 2 pièces

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom : ZINE TOURIA

Date de naissance : 01/01/1958

N° CIN : LB 13771280

Sexe\* : Masculin  ذكر  Féminal انثى

### Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

Type de soins

Admission ALD\* : oui

N° dossier ALD\* : 1832386918

Code ALD:

Soins ambulatoires\*  علاجات خارجية \*

Hospitalisation\*  استشفاء \*

Pli confidentiel remis\* : oui  non

Date d'hospitalisation : 01/01/2010

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق :

تاريخ الاستشفاء :

Fait à : Casablanca في : CASA

Le : 18/01/2012 في : 18/01/2012

أصر بصدقية 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

ضد علامة في الخلية المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### Instructions à suivre

#### تعليمات يجب اتباعها

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](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المصاب 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، إلا 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 التعاونية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية 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 وبأي مهنيي الصحة وتوقيفهم وختمه بالإضافة إلى تاريح إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعتبر بفراغة وبارجاع المبالغ المقروضة بغير حق دون الالتماع بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 00-65).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق للحصول على العنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليص من 209 الرباط.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليص من 209 الرباط.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاوضية

*M. 2 JAN  
Received*

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [ ] تاريخ الإيداع :

## Description des actes effectués

وصف العمليات، المجرأة

CIM - 10

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

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

نوع وظيفة طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفoter Montant facturé	قيمة المعامل Valeur Clé	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

Actes Paramédicaux

بيانات المساعدتين الطبيتين

Professeur EL HAMAOUI Youssef  
Psychiatre - Psychotérapeute



الدكتور الحماوي يوسف  
طبيب نفسي

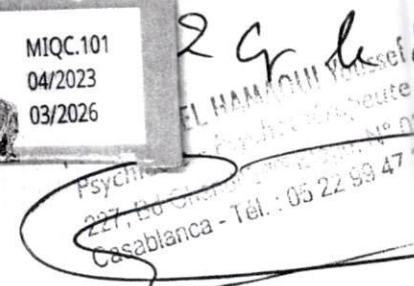
Ancien Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Médecin Responsable du service des Urgences Psychiatriques  
au CHU Ibn Rochd

Ancien Psychiatre des hôpitaux de Lyon ,France  
Hypnose Médicale  
Thérapie Interpersonnelle  
Thérapie Cognitive et Comportementale

PHARMACIE  
DR OTHMAN MENIAR N°9 Deroua  
L'Assurance Maladie 1er et 2<sup>me</sup> étage  
Tél : 0522994727 - 0600080052  
Sur Rendez-vous

أستاذ سابق للطب النفسي بكلية الدار البيضاء  
طبيب سابق مسؤول بمصلحة المستعجلات  
النفسانية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
طبيب نفسي سابق بمستشفى ليون بفرنسا  
التقويم المعنطيسي الطبي  
العلاج النفسي بين شخصين  
العلاج السلوكي المعرفي  
بالميعاد

18 DEC. 2023  
Casablanca le ..... الدار البيضاء



227, Bd. Ghandi, 2<sup>ème</sup> étage, N°3 - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 47 27 - 06 00 08 00 52 - 07 00 02 98 77 - Fax : 05 22 99 47 27

E-mail : elhamaoui@gmail.com - Site Web : www.coinspsy.ma - Faceboook : www.facebook.com/Pr.elhamaoui/