

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

W21-852795

## 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.

☒ 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 : 20/3/98

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2300 DH

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 : Casa Le : 2/5/2020

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.



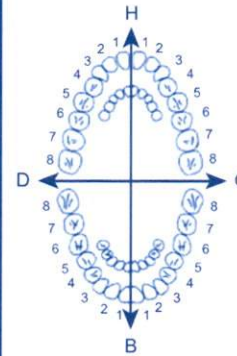
| <b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b> |                          |                              |  |  |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--|--|
| <b>Dates des Actes</b>                | <b>Natures des Actes</b> | <b>Nombre et Coefficient</b> | <b>Montant détaillé des Honoraires</b> | <b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des honoraires</b> |
|                                       |                          |                              |  |  |
|                                       |                          |                              |  |  |
|                                       |                          |                              |  |  |
|                                       |                          |                              |  |  |
|                                       |                          |                              |  |  |
|                                       |                          |                              |  |  |

[illegible][illegible]

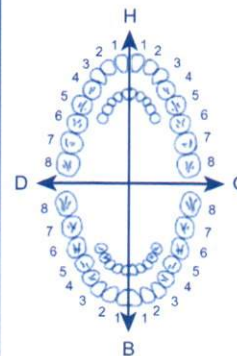
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.**



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mlle ELFASSI ELFIHRI GHITA**

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 4.75 (- 0.75 à 20°)

OG = - 4.75 (- 0.75 à 160°)

**INTEROPTIC**

Hind ECHAFAI

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

Rue Mettita - Mohammedia

Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE)  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58

Casablanca, le **05/02/2024**

96, شارع 2 مارس, إقامة وليلي العمارة أ, الطابق 2, الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 0522.86.05.57 / 58

MR EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH  
LOT LAIMOUNE VILLA 100



Accusé de Réception



CASABLANCA  
CASABLANCA LISSASFA  
20230

N° de Dossier : 86445083 Date et heure : 07/03/2024 12:59  
Nom et prénom Assuré : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH  
Immatriculation : 43430778 / 040103021  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : EL FASSI EL FIHRI GNITA / 11  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40145  
Valeur en Dirhams : 2.300,00 Nombre de pièces : 2  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0543  
Nom Etablissement :





CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/assure) Mon dossier 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    EN COURS DE TRAITEMENT 1    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    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|----------------------------|---------------|----------|----------|----------|
| - 2           | -                 | 17/04/2024         | Virement      | -                          | 4 447,40      | 2 170,39 | 437,31   | 2 607,70 |
| 86445083      | 07/03/2024        | Payé en : 41 jours |               | ELFASSI-ELFIHRI GHITA      | 2 300,00      | 920,00   | 30,00    | 950,00   |
| 86445055      | 07/03/2024        | Payé en : 41 jours |               | EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH | 2 147,40      | 1 250,39 | 407,31   | 1 657,70 |
| 1             | -                 | 01/03/2024         | Virement      | -                          | 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   |
| 1             | -                 | 23/11/2023         | Virement      | -                          | 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>)

☆☆☆☆☆



## 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](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.

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین 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، 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 وبارجاع 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 وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زينة 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): .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **EL FASSI EL FIKRI ABDELHAM**  
 رقم الانخراط: **213491**  
 رقم التسجيل: **434 310778**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B487399**  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*: Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☒ ابن ☐  
 العنوان: **LOT LAIMOUEN VILLE N° 100**  
**CASA RAHMA**  
 إجمالي المصاريف (بالدھم): **2300,00 DH**  
 عدد الوثائق المرفقة: **02**

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: **EL FASSI EL FIKRI GHITA**  
 تاريخ الزيداد: **08/03/2002**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B4687897**  
 الجنس\*: **أنثى**  
 Sexe\*: Masculin ☒ Féminin ☐

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): **09108354**  
 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة والمؤسسات الصحية (INPE): **09108354**

Type de soins: Admission ALD\*: ☐ oui ☒ non  
 رقم ملف المرض المزمن: **000000**  
 Code ALD: **000000**  
 رقم المرض المزمن: **000000**  
 Soins ambulatoires\*: ☐ علاجات خارجية ☒ \*  
 Pli confidentiel remis\*: ☐ oui ☒ non  
 تم تقديم الظرف المغلق: **000000**  
 Hospitalisation\*: ☐ استشفاء ☒ \*  
 Date d'hospitalisation: **00/00/00**  
 تاريخ الاستشفاء: **00/00/00**

Fait à: **CASA RAHMA** حرر ب: **08/03/2002**  
 Le: **08/03/2002** في: **08/03/2002**  
 توقيع المؤمن (ة)  
 Signature de l'assuré (e): **[Signature]**  
 أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
 توقيع وطابع الطبيب المعالج  
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins  
**[Signature]**  
 أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite. يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent: .....

Date de dépôt du dossier: **00/00/00** تاريخ الإيداع: **00/00/00**



### وصف العمليات المجراة

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet<br>du médecin traitant |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 05-02                             |                                | Cour Maladies,                                  |                            |                                   | <p>Dr. Mohamed Elmaghrabi<br/>General Practitioner<br/>No. 58</p>        |
| 2024                              |                                | Spécialisée en                                  |                            | 300.00                            |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |

**CIM - 10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

|                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution | الثمن المفوتر<br>Prix facturé                 | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 15-02-24                          | 2000,00 Dhs                                   | INTEROPTIC<br>Hind ECHAFI<br>OPTICIEN - OPTOMETRISTE<br>Rue Mellina - Mohammedia  |
|                                   | INP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]<br>095011664 |   |
|                                   | INP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]              |   |
|                                   | INP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]              |   |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                   |   |

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |

# Interoptic

INTER OPTIC

FACTURE N°: 1975

Résidence du parc, angle

Mellilia et bd ibnou tachefine

Magasin N° 3 Mohammedia

DATE: 16-02-2024

M. <sup>1e</sup> EL FASSI EL Filbi  
G.MiTa

| Quantités                                | DESIGNATION   | Nomenclature | P. U. | MONTANT     |
|--|---|--------------|-------|-------------|
| 1  | Monture   |              |       | 500,00      |
| 2  | Verres organique 1.74<br>AIR<br>OD = -4,75 (-0,75 à 20°)<br>OG = -4,75 (-0,75 à 160°) | 408          | 750   | 1500,00     |
| Arrêté la Présente Facture à la Somme de |   |              |       |             |
| Deux mille chihams                       |   |              |       |             |
| Montant à payer                          |   |              |       | 2000,00 Dhs |
| dont T V. A. à                           |   |              |       |             |
| 20 % incluse pour                        |   |              |       |             |

**INTEROPTIC**

Hind ECHAFAI  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Rue Mellilia - Mohammedia

INETROPTIC RC : 17356 IF : 40397495 ICE : 001922780000019 PATENTE : 8037/16

INPE : 095011664