

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 tous les 6 mois.

### 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.

Nº W19-572180

ND: 44806

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8098		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : MESSAMDI Fouzia		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 21/12/1968			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 610,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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'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 législation relative à la protection des données personnelles.



**Instructions à suivre**

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع التغاضدية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

**تعليمات يجب اتباعها**

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير ، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الأحياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر . في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الاحظار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض الهنئة غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الأحياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

باري عن المرض  
Assurance Maladie

**ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض**  
**Feuille de Soins Maladie**

Réf ANAM 1.1.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)  
خاص بالمؤمن له (لها)

نام و الشخصي : .....  
.....

N° Affiliation : .....  
.....

N° Immatriculation : .....  
.....

N° CIN : .....  
.....

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
 بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : .....  
.....

Montant des frais : ..... درهم ..... Dhs

Nombre de pièces jointes : .....  
.....

**تصريح الطبيب المعالج**

العلاج .....  
.....

نام و الشخصي : .....  
.....

Date de naissance : .....  
.....

N° CIN : .....  
.....

Sexe\* : ..... ذكر  F  أنثى

**تعريف الطبيب المعالج**

الإستدالي للممارس : .....  
.....

Type de soins .....  
.....

Maladie\*  مرض \* PB confidentiel remis\* Oui Non المغلق\*: .....  
.....

Maternité\*  أمومة \* Date de grossesse : .....  
.....

Hospitalisation\*  استشفاء \* Date prévue d'accouchement : .....  
.....

Accident\*  حادث \* Date d'hospitalisation : .....  
.....

Causes : .....  
.....

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

Fait à : .....  
.....

le ١٥/١٠/٢٠١٧ توقع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

قية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères e

Fait à : .....  
.....

للمصادقة على صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
للحفاظ على سلامة المعاشر والمعيشة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou du l'Etablissement

وصف العمليات المحاكة

### Description des actes effectués

CJM-19

جد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
medicaux fournis

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

INP : | | | | | | |

**INP:**

**INP:**

Actes Paramédicaux

www.cnops.ma /portailapps/www/index.php/assures/forms/ Assuré connecté Dossiers 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	ENREGISTRE 1	EN COURS DE TRAITEMENT 3	SOUMIS AU CONTROLE INTERNE 3
PAYE	NON PAYE 1	ACCORDE 1	

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	-	05/10/2020	Virement	-	719,50	390,35	61,48	451,83
3	-	31/08/2020	Virement	-	1 707,25	703,16	81,00	784,16
62645859	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI ABDELKARIM	318,00	120,00	5,00	125,00
62645891	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI MUSTAPHA	778,35	324,98	39,42	364,40
62645704	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI ABDELKARIM	610,90	258,18	36,58	294,76
1	-	17/04/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00
1	-	18/03/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00

## FACTURE DES FRAIS MEDICAUX

N° 00921

Nom & Prénom du bénéficiaire : YOUSFI ABDELKrim	
DATE : 03/07/2020	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
CONSULTATION	300.00DH
<b>TOTAL</b>	<b>300.00DH</b>

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
TROIS CENT DIRHAMS

Lot talhaui n°232 rte al Irfane Oujda Maroc  
Tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789  
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com  
N° de l'identification fiscal : 14413857  
ICE : 001710097000060



CLINIQUE AL IRFANE  
MULTIDISCIPLINAIRE

مصحة العرفان  
متعددة التخصصات

PHARMACIE CHU  
AL IRFANE  
Bd. Jalloul Nouvelle  
BP. 53 22 20 - Oujda  
Tél: 05 36 53 22 20 - 05 36 53 22 20  
Fax: 001710097000060 - E-mail: cliniquealirfane@gmail.com

## ORDONNANCE

Oujda, le : 01/07/2010

- ANESTHESIE - REANIMATION
- CARDIOLOGIE
- CHIRURGIE GENERALE
- CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- CHIRURGIE INFANTILE
- CHIRURGIE THORACIQUE
- CHIRURGIE VASCULAIRE
- ENDOCRINOLOGIE
- GASTRO - ENTEROLOGIE
- GYNECO - OBSTETRIQUE
- MEDECINE GENERALE
- MEDECINE INTERNE
- NEUROCHIRURGIE
- NEUROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- ONCOLOGIE MEDICALE
- O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- PNEUMOLOGIE
- TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- UROLOGIE
- URGENCES

M. Youssef ABDELKrim

35,70x2 Ordonnancier n° 6263  
D - 00021/016

113.50 Ordonnancier n° 6264  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6265  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6266  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6267  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6268  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6269  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6270  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6271  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6272  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6273  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6274  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6275  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6276  
D - Medecin 216

116.00 Ordonnancier n° 6277  
D - Medecin 216

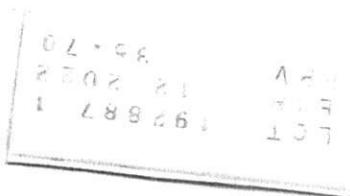
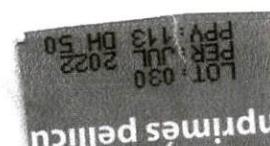
7, Bd. Jalloul Mohamed Hay Al Irfan - OUJDA - MAROC

Tél : 05 36 53 20 20 - Fax : 05 36 53 39 54 E-mail: cliniquealirfane@gmail.com

ICE : 001710097000060 - Patente : 11277319 - I.F : 14413857



PPI: 126 Zn An



36 \* 70  
03 2029  
00746

Boîte à bord

CLINIQUE AL IRFANE  
MULTIDISCIPLINAIRE



مصحة العرفان  
مصحة التخصصات

FACTURE N°0270/2020

Nom & Prénom du bénéficiaire YOUSFI ABDELKRIM

DATE :29/06/2020

<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
<u>CONSULTATION</u>	<u>300.00DH</u>
<u>TOTAL</u>	<u>300.00DH</u>

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
TROIS CENTS DIRHAMS

Lot talhaui N232 rte al Irfane Oujda Maroc  
tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789  
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com  
N° de IF : 14413857 ICE : 001713657000067