

# 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.

## Diagnostique 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

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

N° W19-553375

ND: 44805

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8298 Société : RAS

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Messaoud Fouta

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 064400835 Total des frais engagés : 400 DH

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/11/2020

Nom et prénom du malade : Youssef ABDELKADER Age: 21

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 27 OCT. 2020

ACCUSE

# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 les 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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعضيدية التي تنتمون إليها 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et Signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعضيدية

Section FES

Identification de l'agent

06 FEB. 2020

Date de dépôt du dossier

MGEN



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref: ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Yousfi Abdelhakim : الاسم العائلي و الشخصي :  
N° Affiliation : 1131313131 : رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 1313131313 : رقم التسجيل :  
N° CIN : 1131313131 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج ☒ ابن ☐ ابنة  
Adresse : مساحة 14 سنة 14 شارع مولاي : العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1400 : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : Yousfi Abdelhakim : الاسم العائلي و الشخصي :  
Date de naissance : 11/11/1981 : تاريخ الزيداد :  
N° CIN : 1131313131 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : ☒ ذكر ☐ أنثى : الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1131313131 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض ☒ PII confidentiel remis\* : ☒ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المعلق :  
Maternité\* ☐ أمومة ☒ : تاريخ الحمل :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء ☒ : التاريخ المرتقب للولادة :  
Accident\* ☐ حادث ☒ : تاريخ الاستشفاء :  
Causes : : تاريخ الحادث :  
أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : تونس :  
Le : 06 FEB. 2020 :  
في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)  
أصرح بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : تونس :  
Le : 06 FEB. 2020 :  
في :  
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كليا بيع هذا المطبوع

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

CEM-10

Signature et Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

عمليّات المـنـشـأـن الطـبـيـيـن

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 و طابع المنيانط الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1 1



مصحة النخيل  
**POLYCLINIQUE ANNAKHIL**

• votre santé, notre priorité •

POLYCLINIQUE ANNAKHIL



140061912

Fès le 26 XII 19.

Yousf Abdelkarim

7 Soins orthopédiques  
pour le malade

**Liliane RICHARD**  
Podologue  
Patente N°: 25739534  
19, Bis Rue Al Khatawate, Appt. 4  
(1er Etage) Agdal - Rabat  
Tél.: 061 43 33 37

Dr. M. EL KHAYAT  
Orthopédiste

**Liliane RICHARD**  
Podologue  
Patente N°: 25739534  
19, Bis Rue Al Khatawate, Appt. 4  
(1er Etage) Agdal - Rabat  
Tél.: 061 43 33 37

**FACTURE N°**

8

M. Yousf

Abdelkarim

RÈGLEMENT pour le

le 30 / 12 / 20 19

EXACOMPTA

1 bilan podologique  
et statique

1000

1 paire de semelles  
orthopédiques  
type réflexe

1000

Totalement

2000 DHS

**Liliane RICHARD**  
Podologue  
Patente N°: 25739534  
19, Bis Rue Al Khatawate, Appt. 4  
(1er Etage) Agdal - Rabat  
Tél.: 061 43 33 37

CE 1001678108000075

Traitement pour l'année

60872097	06/02/2020	Payé en : 71 jours	YOUSFI ABDELKARIM	1 400,00	416,00	0,00	416,00
- 1	-	18/03/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00 416,00
60872022	06/02/2020	Payé en : 41 jours	YOUSFI HAMZA	1 400,00	416,00	0,00	416,00
- 1	-	17/02/2020	Virement	-	2 450,00	1 739,40	360,35 2 099,75
60446556	14/01/2020	Payé en : 34 jours	YOUSFI ABDELKARIM	2 450,00	1 739,40	360,35	2 099,75
1	-	25/11/2019	Virement	-	400,90	120,00	5,00 125,00
1	-	23/09/2019	Virement	-	469,20	166,37	32,06 198,43
1	-	02/09/2019	Virement	-	1 141,00	648,70	155,81 804,51
1	-	31/07/2019	Virement	-	393,00	141,70	9,96 151,66
2	-	01/07/2019	Virement	-	2 234,60	661,21	114,85 776,06
1	-	03/06/2019	Virement	-	12 300,00	5 240,00	16,00 5 256,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆



Espace interactif

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)  Ma Situation

 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 ATTENTE DE PIECE 1

PAYE

NON PAYE 1



Espace interactif

📘 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	-	17/04/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00

Royaume du Maroc



MR MUSTAPHA YOUSFI  
NO 13 R EGYPT RES IDRISS  
AZHAR  
FES  
30000 FES PRINCIPAL

000060872097

Accusé de Réception

N° Réception : 60872097  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : YOUSFI MUSTAPHA  
Immatriculation : 93422376 / 090085741  
Nom et Prénom Bénéficiaire : YOUSFI ABDELKARIM  
Rang Bénéficiaire : 31

Type dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM  
Date et heure : 6/02/2020 11:40  
Lieu de réception : FES 91217  
Valeur du dossier : 1400,00  
Nombre de pièces : 3  
Code Agent : 9MGE146

Code Etablissement :  
Etablissement :