

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

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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 caractéristiques personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1009 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : BAANTAR ABDELIOUAB  
Date de naissance : 01/01/1950  
Adresse : 235 Bd YQB EL MANSOUR Le Jadaa 10000  
100 B 12 APP 9 CASablanca 20200  
Tél. 06 70 97 10 41 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_  
ALLAL BEN ABDELLAH \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
18 DEC. 2020

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
ACCUEIL

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Acceuil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/demandelet)  Modification  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  PAYE  RETOUR POUR COMPLEMENT 1  ACCORDE 2

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           | -                 | 20/11/2020         | Virement      | -                       | 425,90        | 120,00   | 5,00     | 125,00   |
| 64163753      | 22/10/2020        | Payé en : 29 jours |               | BENJELLOUN TOUIMI LEILA | 425,90        | 120,00   | 5,00     | 125,00   |
| - 1           | -                 | 31/08/2020         | Virement      | -                       | 530,30        | 120,00   | 5,00     | 125,00   |
| 62648742      | 21/07/2020        | Payé en : 41 jours |               | BENJELLOUN TOUIMI LEILA | 530,30        | 120,00   | 5,00     | 125,00   |
| ■ 1           | -                 | 27/01/2020         | Virement      | -                       | 6 000,00      | 4 800,00 | 960,00   | 5 760,00 |

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

| Instructions à suivre   |  |                                    |  |                       |  |   |  |
|---|--|------------------------------------|--|-----------------------|--|---|--|
| Etablir une feuille de soins par personne et par événement.   | تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.   |                                    |  |                       |  |   |  |
| Là feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).   | يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص، الأشعة أو المختبر).  |                                    |  |                       |  |   |  |
| Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.   | يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.  |                                    |  |                       |  |   |  |
| Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.  | يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.   |                                    |  |                       |  |   |  |
| 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 un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement. | يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تتبعون إليها في غضون شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج. |                                    |  |                       |  |   |  |
| Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.   | سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.   |                                    |  |                       |  |   |  |
| Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.  | الأخطر الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.  |                                    |  |                       |  |   |  |
| 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.   | كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.   |                                    |  |                       |  |   |  |
| L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.   | حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.  |                                    |  |                       |  |   |  |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cachet de signature de la mutuelle</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ترخيص وطابع التصريحية</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identification de l'agent : .....<br/>Date de dépôt du dossier : .....<br/>Tarifage l'événement : .....</td> </tr> </table>                            |  | Cachet de signature de la mutuelle |  | ترخيص وطابع التصريحية |  | Identification de l'agent : .....<br>Date de dépôt du dossier : .....<br>Tarifage l'événement : ..... |  |
| Cachet de signature de la mutuelle  |  |                                    |  |                       |  |   |  |
| ترخيص وطابع التصريحية   |  |                                    |  |                       |  |   |  |
| Identification de l'agent : .....<br>Date de dépôt du dossier : .....<br>Tarifage l'événement : .....   |  |                                    |  |                       |  |   |  |

| النظام الإلزامي للتأمين على المرض Assurance Maladie Obligatoire   |   |
|---|---|
| Ref ANAM 1.1.02.01  |   |
| مراجع رقم   |   |
| Feuille de soins pour les Affections de longue Durée  |   |
| N° Bordereau : .....  | N° Dossier : .....  |
| خاص بالمؤمن له  |   |
| الإسم العائلي والشخصي : BEN JELLOUN Djamila LACIT   | رقم الانخراط : 246064   |
| N° Affiliation : 936632 22  | رقم التسجيل : B480221   |
| N° Immatriculation :  | رقم بطاقة التعريف الوطنية :   |
| N° CIN :  | علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له   |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*   |   |
| Joint (زوج) : زوج   | Enfant (ابن) : .....<br>Adressse : Bd YKab el Mouna Résidence Afanfia 1/11 B12 APP 9 Etage 6ème 20200 |
| Montant des frais (Dhs) : .....<br>Nombre de pièces jointes : .....   |   |
| Déclaration du médecin traitant   |   |
| Bénéficiaire de soins   |   |
| Nom et prénom : BEN JELLOUN Djamila LACIT   | Date de naissance : 17/09/1980  |
| N° CIN : B 480221   | Sexe : M ذكر  |
| Identification du médecin traitant  |   |
| N° INP : 091M30062  | Type de soins   |
| Admission ALD* : .....<br>N° dossier ALD* : .....<br>Code ALD : .....<br>Soins ambulatoires* .....<br>Hospitalisation* .....<br>Signature de l'assuré (e) | Oui (Yes) (Oui) (Non) (Non)   |
| تم تقديم الظرف المغلق : .....<br>تاريخ الاستشارة : .....<br>Pli confidentiel remis* : .....<br>Date d'hospitalisation : .....<br>أشهد بصدق ما ذكر أعلاه.  |   |
| أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  |   |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.  |   |
| Fait à : CASA le : 10/10/2020   |   |
| Fait à : CASA le : 10/10/2020   |   |
| توقيع و طابع الطبيب .....<br>Fait et signé par .....<br>INP : Identification Nationale du Praticien<br>* Cocher la mention utile pour chaque case         |   |
| * اكتب الخاتمة .....<br>Résidence Ben Omar Maârif<br>Rue 1000 Nafiss Casa<br>يمنع معاً كلها بيع هذا المطبوع Tel 022993414/15                              |   |
| La vente de cet imprimé est formellement interdite  |   |

réption des votes effectués

## وصف المعلمات المجرات

CIM - 1

Actes de Biologie, Radiologie et imagerie

| نوع طبب الاشعة او الابيادي<br>Signature et Cachet du Radiologue ou<br>Biologiste | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | رمز العمليات<br>Code des actes | تاريخ العمليات<br>Dates des actes |
|--|-----------------------------------|----------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
| INP :  | _____                             | _____                      | _____   | _____                          | _____                             |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
| INP :  | _____                             | _____                      | _____   | _____                          | _____                             |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
|  |                                   |                            |   |                                |                                   |
| INP :  | _____                             | _____                      | _____   | _____                          | _____                             |

Actes Paramédicaux

| التاريخ التليدي<br>Date d'exécution | النوع المطلوب<br>Prix facturé | توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>des dispositifs médicaux |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| 01/10/2020                          | 145.90                        | <b>PHARMACIE NOUR</b><br><b>KACINA</b><br>100 Avenue de l'Indépendance<br>BP. 5100, Sidi Bel Abbès<br>03 74 16 68 88              |
|                                     | INP : [REDACTED]              |   |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

## Maladies des Os, des Articulations de la Colonne Vertébrale et Rhumatisme Inflammatoires

## Osteopathie

### Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

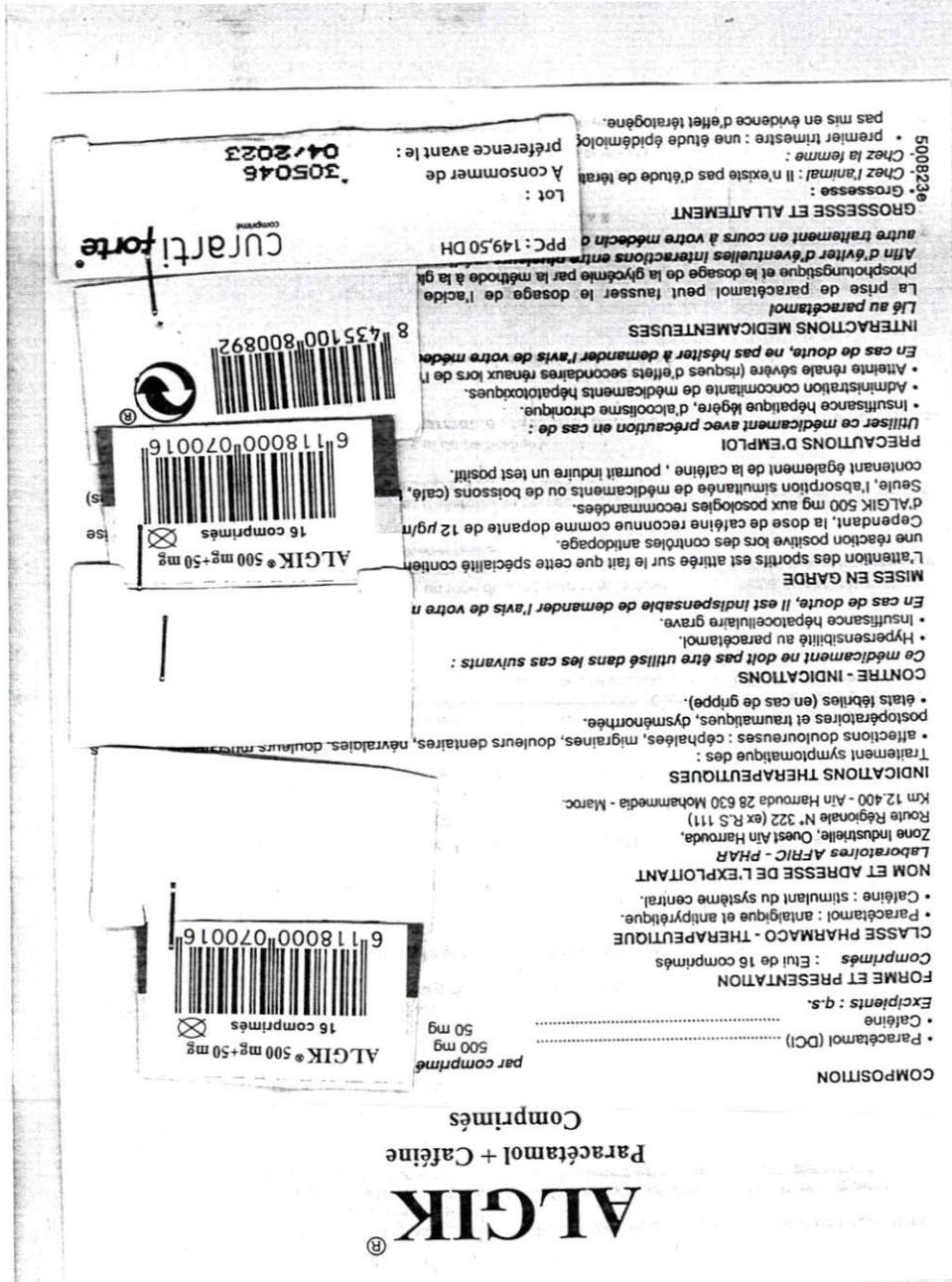
اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بجامعة بوليفي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدري

Casablanca, le 11/10/20

1 - Beijellen Tereim  
13,20 x 2.  
1 - Leles S.V  
1 - Alegir CP  
2 - CP 2,1 a 2 Pcs /s  
148.50  
2 - Sig cheelaz  
2 - Cweat forte S.V  
30j  
MEKKI SKREDU  
RE/120

DR. MEKKI SKIREDJ  
RHUMATOLOGUE  
RESID. BEN OMAR PARC B. 5  
RUE IBNOU NEFIS - MAARIF  
222 99 34 14 / 18 CASA

إقامة بن عمر - الباب B - فرنقة ابن النفيسي - الطابق الثالث - المغاريف - البيضاء 14  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa



Royaume du Maroc



R 19  
003843  
000064163/53

MME LEILA BENJELLOUN TOUIMI  
235 RES EL ANFAL IMM 12B  
BP 172 CASABLANCA  
75000  
TÉL: 0524 44 44 44

Accusé de Réception

N° Reception : 64163/53  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prenom Assiné : BENJELLOUN TOUIMI LEILA  
Immatriculation : 93663272 / 090181875  
Nom et Prenom Bénéficiaire : BENJELLOUN TOUIMI LEILA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SERRAGE  
Date et heure : 22/10/2020 11:26  
Lieu de réception : CASA 70058  
Valeur du dossier : 425,90  
Nombre de pièces : 1  
Code Agent : 7MGE398

Code Etablissement :  
Etablissement :