

## 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.

N° W21-624483

Complément 66 559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricle : 2479

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RACHID BEN HAMMED

Date de naissance : 14-6-1975

Adresse : Dridessa walili 7, rue Leone CASA Gag es

Tél. : 0621999896

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

**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 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 la CNOPS 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.

توقيع وطابع التعاونية  
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 الاحتياط 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01  
نº Réf ANAM 1.1.01.01

نº Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها) :

الاسم العائلي والشخصي :  
نº Bordereau :

رقم الانخراط :  
Nº Affiliation :

رقم التسجيل :  
Nº Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Nº CIN :

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

Joint  Enfant  ابن

العنوان :  
Adresse : ANGUE Rue DE ROME Rue ANDERSEN  
ALKHATTABI 68144 7 000 8 ORMA

مبلغ المصارييف :  
Montant des frais : 600,00 درهم

عدد الوثائق المرفقة :  
Nombre de pièces jointes : 2

**تصريح الطبيب المعالج**

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :  
Nom et prénom :

تاريخ الإيداد :  
Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Nº CIN :

الجنس \* : M ♂ F ♀

**تعريف الطبيب المعالج**

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Nº INP :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق \* :  
Pli confidentiel remis\* :

Oui  Non

تاريخ الحمل :  
Date de grossesse :

التاريخ المرتقب للولادة :  
Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشفاء :  
Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث :  
Date d'accident :

أسباب الحادث :  
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : *Carma* حرب : *Carma* في : *22/10/2014* توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : *Carma* حرب : *Carma* في : *22/10/2014* توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* أشطب الخانة

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التفیید Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهیزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٠١٩/١٢/٢٣		
		INP : [REDACTED]
٢٠١٩/١٢/٢٣		
		INP : [REDACTED]
٢٠١٩/١٢/٢٣		
		INP : [REDACTED]

<sup>10</sup>M-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux



MME JAMILA BASSIR  
ANG R ROME R ABDESLAM  
KHATB 7  
CASABLANCA

20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000066926109

Accusé de Réception

N° Reception : 66926109  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA  
Immatriculation : 93602296 / 090123522  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 30/03/2021 10:53  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90146  
Valeur du dossier : 600,00  
Nombre de pièces : 2  
Code Agent : 9MGE303

Code Etablissement :  
Etablissement :


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

Recherche

ok

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

[Accueil](#) > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter)     
 Mes Soins     
  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	ENREGISTRE 3	EN COURS DE TRAITEMENT 2	PAYE	EN COURS DE PAIEMENT 1
-------------	--------------	--------------------------	------	------------------------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 200,00	304,00	14,00	318,00
66926109	30/03/2021	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00
66926123	30/03/2021	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00

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

★★★★☆

*Dr. Semchaoui Amel*  
*Psychiatre*  
*Psychothérapeute*  
*Diplômée de la Faculté de*  
*Médecine de Bordeaux*  
*Expertise Assermentée auprès des tribunaux*  
*Sur Rendez-vous*

**الدكتورة السمشاوي أمال**  
**أخصائية في الأمراض العقلية**  
**و النفسية**  
**خريجة كلية الطب ببرود**  
**محلفة لدى المحاكم**  
**بالموعظ**

01 FEV. 2021

1<sup>me</sup> Boissir Jemla

Nodeps 50 - 1 ère année

Lycée Sidi Youssef

3ème année

Faculté 1 sem

2ème année

جعفر  
15 جون

*DR. SEMCHAOUI AMEL*  
*Psychiatre Psychothérapeute*  
*42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca*  
*Tél. : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18*  
*Fax. : 05 22 22 81 34*

---

42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء  
42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca  
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18  
fax. : 05 22 22 81 34