

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

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.

## Déclaration de Maladie



N° W21-694896

Me 9450 complément constate

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9450

Société :

10804

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENCHEKH WATHIB

Date de naissance :

26-08-1955

Adresse :

Résidence IBNou Kettar Rue Jouda

Té 0661 18 11 27

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 16/03/2022

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Instructions à suivre

## الإرشادات

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوكيع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيologique عند إيداع ملف طلب التوكيع لدى التعاقدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية 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 وبأي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التوكيع عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية،

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاقدية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المولابين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج،

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوطة بغير حق دون الأخلاص 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 للتعاقدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم و رقم بطاقةتعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التوكيع على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص ب 209 الرباط.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

Zohra Bouchra

N° Affiliation :

931816585

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire  
avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse :

38-1 Rue OUAZ Slim  
Casablanca

Montant des frais (Dhs) :

496 DH

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

Nom et prénom :

Bénéficiaire de soins  
Zohra Bouchra

Date de naissance :

10/01/1961

N° CIN :

1234567890

Sexe\* :

Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels  
et des Établissements de santé (INPE)

لذكراً بالذمة 51151

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة  
و مؤسسات العلاج

### نوع العلاجات

Maladie*	<input type="checkbox"/>	مرض *	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité*	<input type="checkbox"/>	أمومة *	الحمل <input type="checkbox"/>	تاريخ الحمل :
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/>	إشتفاء *	الولادة <input type="checkbox"/>	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident*	<input type="checkbox"/>	حادث *	الاستشفاء <input type="checkbox"/>	تاريخ الاستشفاء :
			الحادث <input type="checkbox"/>	تاريخ الحادث :
			أسباب الحادث :	

Fait à : 2022

Le : 01/09/2022

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

حرر -

في :

أشهد بصحة

كل ما ذكر أعلاه

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

حرر -

في :

أصرخ بصدقية وصحة المعلومات المكتوبة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وظابط الطبيب المعالج  
أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant  
ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

### Description des actes effectués

ANSWER

CIM - 1

Dr Mohamed ABOUTIKA

Gynécologie - Obstétrique  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest  
Echographie et Médecin Fatale  
Chirurgie Gynécologique et Mammaire  
Chirurgie Colioscopique et Hysteroscopique  
Stérilité du Couple et Fécondation In-Vitro  
in Attaché au CHU de Brest et aux Hôpitaux  
Ex-Chef de Service à la Polyclinique CNS



## Casablanca. le

0702122

## ORDONNANCE

or 20th Ry Ranch

Madame BARTAL FATTI  
Pâtisserie Atharar  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tel: 0522 25 22 1

93,00 x 2  
196,00  
Blister  
1 Blister x 3 pieces  
by 1 Dm 2 pieces/series  
(L/5) x 3 pieces

54, Rue Socrate - Résidence Sabah  
Maârif - Casablanca

البريد الإلكتروني : [aboutikamohamed@yahoo.fr](mailto:aboutikamohamed@yahoo.fr) / [dr.aboutika@hotmail.com](mailto:dr.aboutika@hotmail.com) / [dr.aboutika@gmail.com](mailto:dr.aboutika@gmail.com)

En Cas d'urgence GSM : 06 61 19 54 24

MME ZOHRY BOUCHRA  
N21 RUE HALAB

CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

N° de Dossier : 72746295 Date et heure : 23/02/2022 11:01

Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA

Immatriculation : 93816585 / 090305604

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90139

Valeur en Dirhams : 496,00 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE160

Nom Etablissement :

### Accusé de Réception



Adhérent : 090305604   Benef : 01   ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 24022022 Num décompte : 9MGE3480150      Décomptes adhérents

P038TPV6   P038TDV6

28/02/22

09      MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318      MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS      Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 05022022 - 05022022 Arrivée: 23022022 Compos.: 72746295

Orig: SA09   Réf RO: N° 93816585      G.Rég. 02   Caisse 06   Centre 0000

Acte   Dépense   Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo

CS      300,00      1,00      150,00      80      83      120,00      5,00

PHO      196,00      1,00      196,00

Part complémentaire réglée le : 24.02.22

..Totaux..      ..Remb.RO..   ..Remb.RC..   .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 2      120,00      5,00      125,00

Paie. et édit. dest. : 28022022 28022022