

## 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

- Reclamation : 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-706686

119667

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6515 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANIF ASMAH EP. BELUA

Date de naissance : 13-12-1967

Adresse :

Tél : 0673864497 Total des frais engagés : 709 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELUA ABDELKR

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément

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 : 17-06-2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





## Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية 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 وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مضاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتفون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المنسجم، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المتصوص 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 للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مراجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0670179008 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: BELL A ABDELKRIM

رقم الانخراط: 151430

رقم التسجيل: 931 217354

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 81183091

علاقة القرابة: Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ بين المستفيد والمؤمن (ة)

العنوان: 79 Lot ATTADAMOUNE, Rue 2

Appt 5 EL OULFA Casablanca

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 709.80

عدد الوثائق المرفقة: 03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

بénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: BELL A ABDELKRIM

تاريخ الزيداد: 01/01/1955

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 81183091

الجنس: Masculin ☒ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD\*: oui ☐ non ☐ قبول المرض المزمن:

N° dossier ALD\*: رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD\*: رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires\* ☐ \* علاجات خارجية

Hospitalisation\* ☐ \* استشفاء

Pli confidentiel remis\*: oui ☐ non ☐ تم تقديم الظرف المغلق:

Date d'hospitalisation: تاريخ الاستشفاء:

Fait à: Casablanca

Le: 21/04/2012

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن (ة)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أصرح بمصداقية وضحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Docteur SOUAYE

Place de l'Azemmour 3 Bd. Sidi Abdelrahmane

La vente de cet imprimé est formellement interdite



## وصف العمليات المجرة

[illegible]

CIM - 10

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

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20/04/22	409,80	
	INP:	
	INP:	
	INP:	

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عُملات الأحياء، الأشعة والصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					
INP :					

### Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



MR BELLA ABDELKRIM  
RES ATTADAMOUNE RUE 02 NR  
79 EL OULFA  
CASABLANCA  
CASABLANCA HAY EL OULFA  
20202

Accusé de Réception



N° de Dossier : 73975879 Date et heure : 27/04/2022 12:21  
Nom et prénom Assuré : BELLA ABDELKRIM  
Immatriculation : 93227354 / 090016242  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BELLA ABDELKRIM / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA 90158  
Valeur en Dirhams : 709,80 Nombre de pièces : 6  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398  
Nom Etablissement :

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) Me connecter

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

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
2	-	06/06/2022	Virement	-	5 209,80	1 891,10	21,70	1 912,80
73975879	27/04/2022	Payé en : 39 jours		BELLA ABDELKRIM	709,80	493,10	8,50	501,60
74035532	04/05/2022	Payé en : 32 jours		BELLA ABDELKRIM	4 500,00	1 398,00	13,20	1 411,20
1	-	07/04/2022	Virement	-	3 507,00	2 264,60	535,48	2 800,08
1	-	03/02/2022	Virement	-	4 239,00	2 480,20	279,16	2 759,36
1	-	27/12/2021	Virement	-	324,00	130,00	27,94	157,94
1	-	13/12/2021	Virement	-	1 478,51	1 155,00	190,90	1 345,90
1	-	03/12/2021	Virement	-	799,21	389,96	70,65	460,61
3	-	18/11/2021	Virement	-	3 008,50	1 854,90	114,00	1 968,90
2	-	18/10/2021	Virement	-	1 812,70	861,60	183,08	1 044,68

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

★★★★☆



Diplômée de la Faculté de Paris



## الدكتورة م. اسوالي

## اختصاصية في أمراض القلب

**خريجة جامعة باريس**

**Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort**

Casablanca, le

20 AVR 2022

H<sup>1</sup> BELLA ARNECKRI M

136,6043

Am Pch

55

154



**Amlor**® 5 mg ○

56 COMFAR-2

6 118000 250012

Truenteent de 4 ves

409,80

مكتورة الشهابي

Docteur SOUALY, M.

Cardiologie  
Vign. Pde. d'Assurance & B4. S. d'Abderrahmane  
Commun N°10 - 1er Etage H. Housse

Assistência - Tel: 0522 91 31 38

المسألة الأولى: ما هو الفرق بين المصروف والمؤخر؟

**Docteur SOUALY . M**  
*Cardiologue*

Communal N° 10 - 1<sup>er</sup> Etage H. Hassan

Reference: T41-0522 04 31 30

STE PHARMACE HANZA  
C/ ALFONSO 12  
10014 VIGEVANO (PV) 3101 64  
Cassino - Tel 0322 93 10 29

**AMLO<sup>®</sup> 5 mg** ○  
56 COMPRIMÉS



118000250012

**Amlor** 5 mg ○

6 118000 250012

## Sur Rendez-vous

## بالموعِد

**Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B  
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66**



Nom: **CARDIO SOUALY M**

Date de naissance: **19/06/1955**

Sexe: **Féminin**

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 24367..n)é

Médecin: **CARDIO SOUALY M**

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 20/04/2022 11:39:34

1/1

