

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-582195

COMPLEMENT

244402

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2161	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : RETRAITE	
Nom & Prénom : AOUAD NAJIB			
Date de naissance : 13/04/1953			
Adresse : Haïtchelle			
Tél. :	0661411411	Total des frais engagés : 3750,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : LAKHRIF KHADJA Age: 61			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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, 10 Janvier 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/01/2023

MME LAKHRIF KHADIJA

RES . ABDELMOUMEN IMM 2

APPT 11 BD BIR ANZAR

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

N° de Dossier :

77443234

Date et heure : 15/11/2022 08:46

Nom et prénom Assuré :

LAKHRIF KHADIJA

Immatriculation :

94908139 / 500328123

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: LAKHRIF KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams :

3 750,00

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE188

Nom Etablissement :

assure app | CNOPS

https://www.cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

Boîte de réception - a... Extreme Down | Téléc... Mutuelle de Prévoyan... Accueil | CNOPS BMCI Connect | Servic... Zone Telechargement ... Autoroute du Maroc : ... Autres marque-pages

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu

Réseau du Maroc
CNOPS
La sécurité n'est pas pour le moins

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 2 EN COURS DE TRAITEMENT 2 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
- 1	-	05/01/2023	Virement	-	3 750,00	1 320,00	5,00	1 325,00
77443234	15/11/2022	Payé en : 51 jours		LAKHRIF KHADIJA	3 750,00	1 320,00	5,00	1 325,00
2	-	02/12/2022	Virement	-	770,70	356,10	20,00	376,10
3	-	15/11/2022	Virement	-	5 403,92	3 894,20	274,45	4 168,65
1	-	11/08/2022	Virement	-	1 834,31	1 679,80	29,25	1 709,05
1	-	29/07/2022	Virement	-	556,10	120,00	5,00	125,00
1	-	03/06/2022	Virement	-	2 000,60	787,04	152,45	939,49
1	-	02/06/2022	Virement	-	1 685,40	198,00	13,20	211,20

13:12 17°C Ciel couvert 06/01/2023 1



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° : 11225

Casablanca, le 03-11-2022

Mme / Mr : LAKHRIF KHAIDIJA

Dr : ADIL WAHIDY

VL

OD : (76° -0,75) -1,25

OG : (93° -1,00) PL

Monture

PLASTIQUE OPTIC

1000,00 DH

VP-Add

OD :

OG : +2,50

Verres

PROGRESSIFS AN BLEU

2600,00 DH

Total à payer : 3500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille

Cinq cent DH

Akram Daali
Inpe : 065032633

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC 6123

ICE : 002642590000069

Docteur ADIL WAHIDY



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

خصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المجلة - المول - مساك الدموع

داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

تصحيح البصر لا يزيد

03/11/2022

Casablanca, le :

LAKHRIF Khadija

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (76° -0,75) -1,25 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (93° -1,00) , Addition + 2,50

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

Dr. Adil WAHIDY
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Casablanca
Tél: 05 22 86 14 18
Tél: 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INF :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات 'Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة



Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

رقم الهاتف (اختياري): ٥٦٦١٢١٠٧٥٦

خاص بالمؤمن (ة)

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 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 KHilil, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين 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 بالادلاء بنتائج التحاليل البيologique عند إيداع ملف طلب التعويض لدى مصالح التعاوضية ولا بالادلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (دوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وتختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية التي تنتهي إليها خلال الشهرين المأولين 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 المقوية بغير حق دون الأخلاص بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق على www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة



Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° du Tél (optionnel): ٥٦٦١٢١٠٧٥٦

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRI F KHADJA

35121

942908139

13111

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : RÉSIDENCE ABDEL MOUHEN 1002 ART M العنوان :

80 B12 ANZARANE JEB EL OUAFF OSSA BLANCA

Montant des frais (Dhs) :

اجمالي المصاري (بالدرهم) : + 3750,00 درهم

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة : + 02

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

LAKHRI KHADJA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin انثى

Identification du médecin traitant

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

091011149

Type de soins

Admission ALD* :

oui non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires*

علاجات خارجية *

oui non

Hospitalisation*

استشفاء *

oui non

Date d'hospitalisation :

Fait à : Casablanca	حرر بـ : Casablanca
Le : 10/11/2022	في : 10/11/2022
توقيع المؤمن (ة)	
Signature de l'assuré (e)	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	

Fait à : Casablanca	حرر بـ : Casablanca
Le : 13/11/2022	في : 13/11/2022
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
توقيع وطابع الطبيب المعالج	
أو المؤسسة الصحية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعًا كلية بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* ضع علامة في الخانة المناسبة