

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 O
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

COMPLEMENT
Déclaration de Maladie

M22- 0047305

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2475 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI M. hammed
Date de naissance : 14-6-1953
Adresse : Renssela walili, rue de
Kome SABA
Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 699,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 11/1/23 Le : 11/1/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Accueil > Application > assure app

(<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/auth/donnees>)

Remboursements (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#remboursements>)

Prises en charge (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#prisencharge>)

Immatriculation (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#immatriculation>)

Menu ▼ (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)



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 (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

ENREGISTRE 3 (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

EN COURS DE TRAITEMENT 2 (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

PAYE (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 409,60	381,42	0,00	381,42
78318961	30/12/2022	BASSIR JAMILA	699,00	152,00	0,00	152,00
78318946	30/12/2022	BASSIR JAMILA	710,60	229,42	0,00	229,42

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

MME BASSIR JAMILA

ANO R ROME R ABDESAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Royaume du Maroc



CNOPS

Accusé de Réception



078318961

N° de Dossier :

78318961

Date et heure : 30/12/2022 11:26

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90138

Valeur en Dirhams :

699,00

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE156

Nom Etablissement :

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

* Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدركتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

والنفسانية

خريجة كلية الطب ببارود

محلفة لدى المحاكم

بالدور

0661152011

Amel Semchaoui

13 DEC. 2022

99,00

Messine en

1 cas mal



PHARMACIE L.M.V.
28, Bis Rue de la République
Anges Rue de la République
Tel : 05 22 85 43 95
Fax : 05 22 81 53 31
RC : 141814
E-mail : l.med5@hotmail.com

Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre / Psychothérapeute
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Casablanca Tél : 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18

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

المبلغ المدفوع
montant facturé

توقيع الطبيب المعالج
Signature et cachet
du médecin traitant

Dr. SEMCHAOUI AMEL
Psychiatre
12 Rue Farabkouss (ex Lamoricière) Mars Saïdun
Tél: 05 22 20 48 57 05 22 47 36 18

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

جاء الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs
des dispositifs médicaux

INP: 092040497

INP: | | | | | | | | | |

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

عمليات الإحصاء الإشعاعية والصور

INP: | | | | | | | |

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

INP: | | | | | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

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 www.cnops.org.ma 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 Khatib, 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 مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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

توقيع وطابع التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : / / تاريخ الإيداع :



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

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0664 991000 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

الخصائص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIR JANILA**

رقم الانخراط : **182166**

رقم التسجيل : **9132602296**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B1584734**

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

العنوان : **AVENUE RUE DE KONG RUE AL KHATTABI, BO. WILAYAT AL KHATTABI**

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : **699,00**

عدد الوثائق المرفقة : **2**

Declaracion du medecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : **BASSIR JANILA**

تاريخ الزيداد : **04061963**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B1584734**

الجنس : **انثى** ☒ Féminin ☐ Masculin ☐ ذكر

Identification du medecin traitant

تدوين الطبيب المعالج

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

091128116

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات : **oui** ☐ **non** ☐

قبول المرض المزمن : **oui** ☐ **non** ☐

رقم ملف المرض المزمن : **oui** ☐ **non** ☐

رقم المرض المزمن : **oui** ☐ **non** ☐

تم تقديم الظرف المغلق : **oui** ☐ **non** ☐

تاريخ الاستشفاء : **oui** ☐ **non** ☐

Fait à : **AL KHATTABI**

Le : **24/12/2022**

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 : **AL KHATTABI**

Le : **24/12/2022**

أصريح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Dr. SEMCHOUK

Psychiatre

42, Rue Traboulsi, Casablanca

Tel: 0522 70 40 57

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا المطبوع