

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.

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

M22- 0047319 ¹⁵⁶¹⁶

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHAI M'hamed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Boulevard Melili 2, rue de me
Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 495,10 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 : CASABLANCA Le : 04/04/23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

- *Chirurgie urologique et lithotripsie extracorporelle
- *Exploration urodynamique et manométrie anorectale
- *Prise en charge de l'incontinence urinaire et des prolapsus génito-urinaires
- *Prise en charge de la douleur pelvi-périnéale et de la névralgie pudendale
- *Syndrome douloureux vésicale
- *Chirurgie laparoscopique et vaginale
- *Andrologie
- *Procréation médicalement assistée

- *جراحة المسالك البولية وفتيت الحصى
- *التشخيص التحويلي للتبول وضغط المخرج بالتخطيط الإلكتروني
- *التحول المدمج للسلس البولي وسلس المخرج وانزلاق الرحم والمثانة
- *تحمل آلام الحوض وامراض عصب الشان الداخلي
- *جراحة المهبل
- *جراحة الحوض وبالمناظر

Casablanca le :

18.03.2013

الدار البيضاء في :

BASSIR JAMILA

Spasmopriv® 100 mg
Mébévérine 20 gélules



6 118000 040705

TRANSYL

8930

Spasmopriv

2870

Gélule x 31/15

7610

URADOX 7p/15

URADOX® 2mg
30 cps sécables



6 118000 051107

Dr. Mostafa EL MCHERQUI
CHIRURGIEN UROLOGUE
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca
Tél : 05 22 44 56 49 / 05 27 15 71 76 - Fax : 05 22 44 55 48
06 64 19 13 19 / 05 61 19 15 05
email: elmcherqui@urc-py.ma - urc-py.ma.fr

82, شارع فكتور ميكو قرب القصر الملكي ومؤسسة الفضيل الدار البيضاء

82, Bd Victor Hugo Prés du palais royal et de l'Institut ALFADIL - Tél. : 0522 445 648 / 0771 424 656

Fax : 0808 407 902 - GSM : 0664 191 319 - Code Postal 20490 - Casablanca

E-mail : elmcherqui@urc-py.ma - Site Web : www.pudendal.ma

PHARMACIE LATAM
Dr. Mohamed El Mcharki
28, Rue Sidi El Mcharki
Bordj Boujafer
Tél : 05 22 44 55 48
Fax : 05 22 44 55 48
GSM : 06 64 19 13 19
IC : 313631

195,10

MME BASSIR JAMILA
ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

79996254

Date et heure : 27/03/2023 12:11

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 90129

Valeur en Dirhams :

495,10

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth) [Home Situation](#) [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 3

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	1 605,10	579,09	64,19	643,28
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00	30,00	240,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09	9,59	149,68

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

☆☆☆☆☆

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 Khalil, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمن 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون 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 وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 إسمهم 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 : : 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): 0664991000 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: BASSIR JAMILA Nom et prénom :

رقم الانخراط: 182166 N° Affiliation :

رقم التسجيل: 9132602896 N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B1824734 N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان: ANGUS RUE DE ROUS RUE ABDESSALAM AL KHATTABI WADLI 7 AN 8 CASAB. Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 49519 DH Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة: 2 Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

بénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: JAMILA Bassir Nom et prénom :

تاريخ الميلاد: 04061962 Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B1824734 N° CIN :

الجنس: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى Sexe* :

Identification du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج: 081058163 N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات: Type de soins

قبول المرض المزمن: Admission ALD* ☐ oui ☐ non

رقم ملف المرض المزمن: N° dossier ALD*

رقم المرض المزمن: Code ALD*

تم تقديم الظرف المغلق: Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* ☐ oui ☐ non

تاريخ الاستشفاء: Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation:

حرب: Fait à: CASABLANCA

في: Le: 28/03/2013

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

تاريخ التنفيذ
Date d'exécution

INP:

INP:

INP:

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

INP :

INP:

INP :

عمليات المساعدين الطبيين

INP:

INP:

INP