

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059670

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADIT Abdelghem

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, rue Mohammed VI 218 e 10

Tél. : 0661476344 Total des frais engagés : 2276,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : Age : 20-9-77

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 Le : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de soins Maladie

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

Partie réservée à l'assuré(e)

خصاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: ..... Elyatime Houda

رقم الانخراط: ..... 1413121812141314

رقم التسجيل: ..... 1413121812141314

رقم بطاقة التعريف الوطنية: ..... B1413121812141314

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

العنوان: ..... 56 HAY MAHMOUDIA RUE 18 CD JAMAA

إجمالي المصاريف (بالدرهم): ..... 2276.00

عدد الوثائق المرفقة: ..... 03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: ..... Elyatime Houda

تاريخ الميلاد: ..... 2010091977

رقم بطاقة التعريف الوطنية: ..... 1413121812141314

الجنس: ..... Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تدريج الطبيب المعالج

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

091049023

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *	Pli confidentiel remis* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	تم تقديم الطيف المعلق *
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة *	Date de grossesse: .....	تاريخ الحمل:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء *	Date prévue d'accouchement: .....	التاريخ المرتقب للولادة:
Accident* <input type="checkbox"/> حادث *	Date d'hospitalisation: .....	تاريخ الاستشفاء:
	Date d'accident: .....	تاريخ الحادث:
	Causes: .....	أسباب الحادث:

Fait à: ..... Casablanca

Le: ..... 15/10/2023

توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré (e)أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
S'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: ..... Casablanca

Le: ..... 15/10/2023

أشهاد بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.توقيع الطبيب المعالج  
Signature du Médecin traitant  
ou de l'établissement de soins  
Dr. BELGHI Rachid  
Médecin Général

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, copies 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.

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

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 وبإحدى 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 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 وإبراجاع 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).

لمزيد 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 زنقة 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: .....



[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
$\frac{15}{2} = 7.5$	2126,00	PHARMACIE BOUNIA Mme Nourhène MENEHRI 80 Jamila 6 Rue LAS N°108 Bis CD CASA 161-0522371441 CE:001534607001441
	INP: 092021765	
	INP: <input type="text"/>	
	INP: <input type="text"/>	

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	وقوع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologiste ou Biologiste

INP:

## Actes Paramédicaux

عملیات 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 ومطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédic
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

**INP :**

**INP :**





Accusé de Réception



MME ELYATIME HOUDA  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452

N° de Dossier : 79574263 Date et heure : 06/03/2023 15:31  
Nom et prénom Assuré : ELYATIME HOUDA  
Immatriculation : 43824379 / 040189599  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ELYATIME HOUDA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA AIN CHOCK  
Valeur en Dirhams : 2 276,00 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0337  
Nom Etablissement :



Ce plug-in n'est pas compatible.



Accueil > Application > assure app



Ma 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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

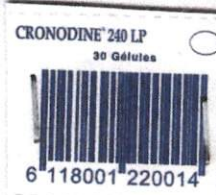
PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

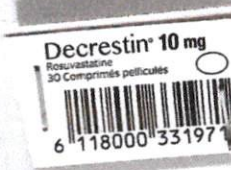
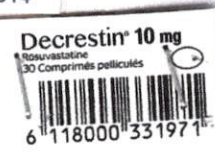
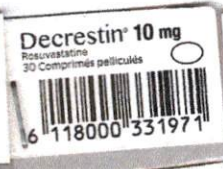
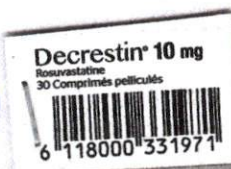
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	05/04/2023	Virement	-	2 276,00	1 491,78	633,62	2 125,40
79574263	06/03/2023	Payé en : 30 jours		ELYATIME HOUDA	2 276,00	1 491,78	633,62	2 125,40



1



2



3



4



Docteur Rachid BELGHMI  
Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
ORDONNANCE

15.2.2023

<sup>me</sup> = Honda Elyatime  
(165,00x6)

① Crocodine 240LP

1-0-0

(157,10x6)

② Décrestin 10mg

0-0-1

(27,70x4)

③ CARDIONALP

(41,30x2) 0-1-0

④ Ixor 20mg N=2

1-0-0

à jeun

III de 06 mai

98 رقم 29 - سبابة - الدار البيضاء الهاتف: 06 63 30 09 58

2126,00

دكتور رشيد بلغمي  
Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

PHARMACIE DOUNIA  
Mme Noufissa MENEHRI  
Bis CD CASA 145 N°186  
Jamilia 5 Rue 145 N°186  
CE:00153476105232371441  
1771000034