

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0059670

COMPLEMENT

157259

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHARIT ANDELPHAM

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Rue Demaundia 218 et 11

Tél. : 06610576344 Total des frais engagés : 2226,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.02.2023

Nom et prénom du malade : Age : 20-37

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) :

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes 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 KHall, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، الخ...).

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، الخ...).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبال المهنيين الصحيين وتوقيعهم وختامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العلاج الطبي،

يتم التوفيق عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لندي مصالح التعاضدية التي تتلقى إليها خلال الشهرين المولابين بتاريخ إجراء أول عمل طبقي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبرجاع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الاحتفاظ 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](http://www.cnops.org.ma) للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) على المستفيدون تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعرفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التوفيق على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

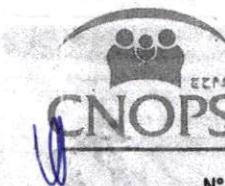


Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoireرقم الهاتف (اختياري):  
Numéro de téléphone (optionnel):بيان بالمؤمن له  
Information sur le titulaire

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : *Elyatime Houda*الرقم الانحراف : *13131314*

N° Affiliation :

رقم التسجيل : *1413121812413175*

N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : *BNH13M1314181*

N° CIN :

علاقة القرابة  
avec l'assuré(e)\*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن  
بين المستفيد والمؤمن (ة)\*العنوان : *56 Hay mansouria Rue 18 CD Jemaa  
Casablanca*Montant des frais (Dhs) : *2276,00*Nombre de pièces jointes : *03*

## Déclaration du médecin traitant

## نطريخ الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : *Elyatime Houda*

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

Tarihe al-azdiyah : *20/09/1977*

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* :

الجنس\* :  Masculin ذكر  Féminin انثى

## Identification du médecin traitant

## نطريخ الطبيب المعالج

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

## نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق\* :

oui  non 

تاريخ الحمل :

Date de grossesse :

التاريخ المرتقب للولادة :

Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشارة :

Date d'consultation :

تاريخ الحادث :

Date d'accident :

أسباب الحادث :

## Type de soins

Maladie\* 

مرض \* مرض

Maternité\* 

أمومة \* أمومة

Hospitalisation\* 

استشفاء \* استشفاء

Accident\* 

حادث \* حادث

Pli confidentiel remis\* :

oui  non 

Date de grossesse :

الحمل :

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation :

الاستشارة :

Date d'accident :

الحادث :

Causes :

أسباب :

Fait à : *casablanca*

حرر في :

Le : *15/02/2023*

في :

(s) توقيع المؤمن

أصدر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

كل ما ذكر أمر صحيحاً

وتحت إشراف الطبيب المعالج

S'atteste sur l'honneur

لexactitude des renseignements

portés ci-dessus.

portés ci-dessus.

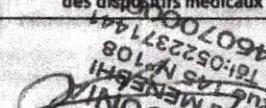
Dr. BELGHMI Rachid

Médecin Général

\* Cocher la mention utile pour chaque case

CIM - 10

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

نوعي وملئع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
 <b>PHARMACIE DOUINI</b> مame Noureddine Dousset 052237198 C.E.00153460700 BIS CD CASA 18/05/2010 M. D. MENSEHI		
2126,00	23/09/2021	15/02/23
INP : 092021765	INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]
INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

INP:

Royaume du Maroc



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

Accusé de Réception



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.

**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

① 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



Docteur Rachid BELGHMI  
Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلجمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
ORDONNANCE

le 15.2.2023

ن = Houda El yatiine

(165,00 x 6)

① crocodine 2401P

1 - 0 - 0

(157,10 x 6)

② Décrestar 10 mg

0 - 0 - 1

(27,70 x 4)

③ CARDIOPROP

(41,30 x 2) 0 - 1 - 0

④ IXOR 20 mg N = 2

1 - 0 - 0

Jan

PHARMACIE D'OUINIA  
Mme Noufissa MENECH  
Bis CD CASA TÉL: 052371441  
M. 5 Rue 145 N° 196  
CE: 0015344000034

Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

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

2126,00

III de 06 mois