

## 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

- 0 Réclamation : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com)  
 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 0 Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@mupras.com)

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.

N° W21-810025

C

168496

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8288

Société : RSM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nessim FOUTAS

Date de naissance : 01/12/1968

Adresse :

Tél. : 0663-8836

Total des frais engagés : 1404,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Yassine ABDEL KARIM Age: 23

Lien de parenté :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-810025

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8288

Nom de l'adhérent(e) :

1404,90

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع التعاtractive  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعيين المبلغ المصروف على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

م رقم رقم

N° Bordereau : 06505281 Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي والشخصي: ..... رقم الإخراط:

N° Affiliation : ..... رقم التسجيل:

N° Immatriculation : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية:

N° CIN : ..... علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : ..... العنوان: ..... ١٣ ر شارع دار السلام

Montant des frais : ..... مبلغ المصاري: ..... درهم ١٦٥٤٩٠ Dhs

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة:

### تصريح الطبيب المعالج

### المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي: ..... تاریخ الازدیاد:

Date de naissance: ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية:

N° CIN : ..... الجنس\*: ..... M ذكر F أنثى

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني للطبيب المعالج: .....

نوع العلاجات: .....

تم تقديم الطبيب المعالج: .....

تاريخ الطبيب المعالج: .....

التاريخ المفترض للوفاة: .....

تاريخ الاستئصال: .....

تاريخ الحادث: .....

أسباب الحادث: .....

N° INP Pr. AARAB Chadya

Type de soins Professeur de Psychiatrie

Maladie\* CHU Hassan II - FES

Maternité\* ..... مرض \*  
BIP Confidentiellement

Oui Non

Date de grossesse : .....

Date prévue d'accouchement : .....

Hospitalisation\* ..... استشفاء .....

Date d'hospitalisation : .....

Accident\* ..... حادث\* .....

Date d'accident : ..... Causes : .....

أشهد بصحّة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : ..... le ..... تواریخ

ني: ..... توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e)

أصرّح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... le ..... توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

نفي: ..... توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Pr. AARAB Chadya Professeur de Psychiatrie

CHU Hassan II - FES

INPE 141220673

\*أطّب الخانة

- INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

CIM-10

**جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
30/03/23	1004,65	<p style="text-align: right;"><b>صيدلية السلامة</b></p> <p><b>PHARMACIE ASSALAMAH</b></p> <p><b>IBN LKHAYAT IDRISI Naja</b></p> <p>Rue Jordane Els Gare - 當 05 35 42 13 00</p>
	INP : <b>INP 142052091</b>	
	INP : <b>11111111</b>	
	INP : <b>11111111</b>	

**INP:** [ ]

عمليات : الاحياء، الاشعة والصور

**INP:** | | | | | | | |

الطبسين: المساعدون عمليات

#### **Actes Paramédicaux**

INP: | | | | | | | |



**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/MesSituation) 

 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 5

PAYE

ACCORDE 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	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
80386589	14/04/2023	Payé en : 58 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 404,40	751,08	165,70	916,78
# 1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

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



MR YOUSFI MUSTAPHA  
 NO 13 R EGYPT RES IDRISI  
 AZHAR  
 FES  
 FES PRINCIPAL  
 30000

Royaume du Maroc



**CNOPS** Centre de Réception



N° de Dossier : 80386589 Date et heure : 14/04/2023 14:07

Nom et prénom Assuré : YOUSFI MUSTAPHA

Immatriculation : 93422376 / 090085741

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: YOUSFI ABDELKARIM

/ 31

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : FES 91222

Valeur en Dirhams : 1.404,40 Nombre de pièces : 8

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE389

Nom Etablissement :



# Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



## NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 30/03/2023

Nom : Mr Yousfi

Prénom : Abdellah

- Honoraire Dr. :

• Somme : 6000 DT



Dr. AARAB Chadya  
Professeur de Psychiatrie  
CHU Hassan II - FES  
INPE 141220673

### Cachet et Signature

Dr. AARAB Chadya  
Professeur de Psychiatrie  
CHU Hassan II - FES  
INPE 141220673

Bd. My Rachid Route de Sefrou Fès V.N. - Tél. : 0535 641 697 / 0535 641 123/24 - Fax : 0535 657 969  
CNSS : 1294305 - Patente : 13244502 - I.F : 04500667  
ICE : 001915534000012 - Email : polycliniqueatlas88@gmail.com