

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M22- 0015206

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERIDA Mohamed

Date de naissance : 22/07/1957

Adresse : 81, Rue Larache APP 18 CASABLANCA

Tél. 0662103375

Total des frais engagés : 500 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément remboursement CNOPS  
pour Espace

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKKALI Fadoua

Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : 01 FEV. 2024

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 : 31/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Mohamed

## 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.

## Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, examens radiologiques le cas échéant, etc.);

La feuille de soins doit porter le code INPE du praticien, ainsi que son cachet, sa signature et la date des actes;

L'obtention d'une entente préalable de votre mutuelle est nécessaire pour certaines prestations. Visitez le site de la CNOPS ou votre mutuelle pour plus d'informations;

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. Pour l'orthodontie, le délai est de 60 jours après la fin de chaque semestre. Une entente préalable est nécessaire pour le premier semestre;

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 Khail, B.P 209- Rabat.



Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغطية

Identification de l'agent : .....  
 Date de dépôt du dossier : ..... Tariх едидат : .....

## تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوكيل عليها، كما يجب إرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية والفاواتير والرقم التسلسلي للدواء، الفحوصات الإشعاعية عند الإقتضاء...);

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرمز التعريفي الوطني لمهنيي المصالح INPE الخاص بطبيب الأسنان إضافة لتوقيعه وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتعين الحصول على الموافقة المسبقة للتعاضدية بخصوص بعض علاجات الأسنان، وهذا الفرض، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني للصندوق أو التعاضدية للمزيد من المعلومات.

يتم التغطیی عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرضن لدى مصالح التعاضدية خلال الشهرين الموليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي و في حالة تقويم الأسنان، يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء كل اسdes علاج ويجب طلب الموافقة المسبقة للتعاضدية قبل الشروع في أول اسdes علاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقيوسة بغير حق دون الأخلاص بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق للزنقة 4، العنوان الصندوق الكائن في: 209 الرابطة.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدن تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعریفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التغطیی على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرابطة.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  
Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم



Entente Préalable\*  موافقة مسبقة\*  تفید\*  Exécution

N° du Tél (optionnel): 0650912550

خاص بالمؤمن (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : ..... Nom et prénom : .....  
Rقم الانخراط : .....  
رقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....علاقة القرابة ..... بين المستفيد والمؤمن (ة)\* .....  
Lien de parenté du bénéficiaire ..... avec l'assuré(e)\* ..... Conjoint  زوج  Enfant  ابن العنوان .....  
Adresse : .....  
..... CA SABOL AREA 20210 .....  
..... 500 DHS .....  
..... اجمالي المصاريف (بالدرهم) : .....  
..... عدد الوثائق المرفقة : .....Montant des frais (Dhs) : .....  
..... Nombre de pièces jointes : .....  
..... 01 .....  
.....

## Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي : ..... Bénéficiaire de soins ..... المستفيد من العلاجات .....  
Tariх الازدياد : .....  
..... اثنى .....  
..... الجنس\* : .....  
..... Masculin  ذكر  Féminin .....  
.....رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
..... Identification du médecin dentiste .....  
.....نوع العلاجات .....  
..... رقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة .....  
..... و المؤسسات العلاج .....  
.....N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) .....  
..... 0940141131 .....  
.....Type de soins .....  
..... تعويض الأسنان : .....  
..... علاجات : .....  
..... تقويم الأسنان والفكين : .....  
..... اسلاجات أخرى : .....  
.....Soins\* : ..... Prothèse\* : .....  
..... Orthodontie et O.D.F\* : ..... Autres\* : .....  
.....N° Entente Préalable : .....  
..... رقم الموافقة المسبقة : .....  
.....En cas d'accident précisez : .....  
..... في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي : .....  
.....La date de l'accident : .....  
..... تاريخ الحادث : .....  
.....Les causes de l'accident : .....  
..... أسباب الحادث : .....  
.....

Fait à : ..... Le : ..... ..... توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré (e) .....	حرب : ..... في : ..... ..... اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	Fait à : ..... Le : ..... ..... توقيع وطابع الطبيب المعالج ou المؤسسة الصحية ..... .....
--	---	---

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

## Description des ordonnances

التاريخ الموقر Date d'exécution	الثمن الموقر Prix facturé	توقيع وطوابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP: <input type="text"/>
		INP: <input type="text"/>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

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 وطابع طبيب الأشعة لو الإيجانى Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

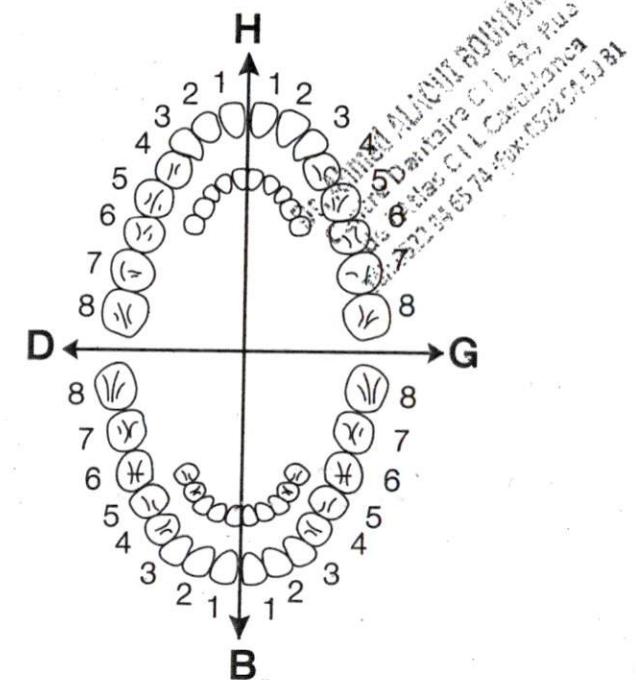
Actes Paramédicaux

معلمات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					

### Description des actes

## وصف العمليات



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المgorاة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.  
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



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

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app



[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth\)](#)  [Dossiers traités](#)  [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).

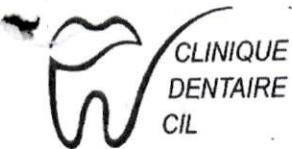
Information	EN COURS DE TRAITEMENT 6	REJET 1	PAYE	NON PAYE 1
-------------	--------------------------	---------	------	------------

ⓘ 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	-	08/01/2024	Virement	-	500,00	168,00	24,00	192,00
	14/12/2023	Payé en : 25 jours		BAKKALI FADOUA	500,00	168,00	24,00	192,00

84752469

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid  
 Docteur en chirurgie Dentaire  
*Spécialiste en Parodontologie*  
*Implantologie – Prothèse fixée*  
*Et Occlusodontie*  
*Diplômé de l'Université de LYON*



الدكتور أحمد العلوي بو حميد  
 طبيب جراحي للأسنان  
 اختصاصي في امراض اللثة  
 الغرس وتغليف الأسنان  
 خريج كلية ليون

Casablanca, le 22/11/2023

Patient(e): BAKKALI fadoua

INP : 094014131  
 IF : 40909045  
 ICE : 001784424000064

**FACTURE N° 3823F2022**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
DET	0	Toutes	500,00 DH
	<b>TOTAL</b>		<b>500,00 DH</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Cinq cent Dh

**Signature du Praticien**

Dr. AHMED ALAOUI BOUHAMID  
 Clinique Dentaire CIL 42, Rue  
 de l'Atlas CIL Casablanca  
 Tel: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'atlas – CIL\*Casablanca\* Tél. : 05 22 94 65 74\* Fax : 05 22 94 59 81

Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)