

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

M22- 0005212

COMPLEMENT 12617

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : BORDJOUA WILAYA, rue de la rue

CASA

Tél. 0621999896 Total des frais engagés : 710,00 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 : 06/03/2023

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



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

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authenticate\)](#) [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

ENREGISTRE 3

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
3	-	02/03/2023	Virement	-	2 325,80	683,88	99,02	782,90
78653800	18/01/2023	Payé en : 43 jours		BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
78653816	18/01/2023	Payé en : 43 jours		BASSIR JAMILA	455,40	64,00	3,00	67,00
78653841	18/01/2023	Payé en : 43 jours		BASSIR JAMILA	1 160,40	390,88	71,42	462,30
2	-	28/02/2023	Virement	-	1 409,60	381,42	31,70	413,12
1	-	05/01/2023	Virement	-	938,20	283,66	42,41	326,07
1	-	29/12/2022	Virement	-	600,00	120,00	5,00	125,00
1	-	29/10/2022	Virement	-	647,90	203,23	24,02	227,25
1	-	16/09/2022	Virement	-	2 367,30	802,29	160,95	963,24
1	-	13/09/2022	Virement	-	1 080,00	520,00	5,00	525,00
2	-	03/06/2022	Virement	-	9 012,30	1 547,74	29,31	1 577,05
1	-	01/06/2022	Virement	-	1 493,90	392,93	64,32	457,25
2	-	14/04/2022	Virement	-	1 381,30	374,41	35,41	409,82
1	-	16/03/2022	Virement	-	995,30	519,46	91,05	610,51
1	-	03/02/2022	Virement	-	829,90	395,70	88,00	483,70

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](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 KHALI, B.P 209- Rabat.

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلین 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 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 وإبراج 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 اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل من ب. 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.101.01

N° du Tél (optionnel): 0664 991000 رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن (ة)
Nom et prénom :	BASSIR JAMILA	الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation :	182166	رقم الانخراط :
N° Immatriculation :	932 602 206	رقم التسجيل :
N° CIN :	B184784	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)*
Adresse :	ANGLO RUE DE ROME RUE ABESSALAM AL KHALI TABI WAZILI 7 ANH 8 CASABLANCA	العنوان :
Montant des frais (Dhs) :	710,00	إجمالي المصاريف (بالدرهم) :
Nombre de pièces jointes :	2	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	BASSIR JAMILA	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	04/06/1962	تاريخ الميلاد :
N° CIN :	B184784	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى	الجنس* :
Identification du médecin traitant		تعرّف الطبيب المعالج
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Etablissements de santé (INPE)	031128116	الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins		نوع العلاجات
Admission ALD* :	☐ oui ☒ non	قبول المرض المزمن :
N° dossier ALD* :	_____	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	_____	رقم المرض المزمن :
Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية	Plu confidentiel remis* : ☐ oui ☒ non	تم تقديم الطرف المغلق :
Hospitalisation* ☐ استشفاء	Date d'hospitalisation : _____	تاريخ الاستشفاء :
Fait à : CASABLANCA	حرر بـ : CASABLANCA	فعل في : CASABLANCA
Le : 17/01/2023	في : 17/01/2023	في : 17/01/2023
Signature de l'assuré(e)	أشود بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Signature du médecin traitant	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	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 بيع هذا المصنوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع :

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجديدات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP :

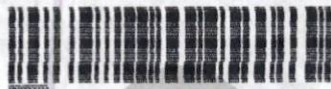
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الأحياء: الأشعة والصور

INP

عمليات المساعدين الطبيين

INP

MME BASSIR JAMILA**ANG R ROME R ABDESLAM****KHATB 7****CASABLANCA****CASABLANCA CENTRE DE TRI****20000****Accusé de Réception****N° de Dossier :****78653800****Date et heure : 18/01/2023****11:30****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 90136****Valeur en Dirhams :****710,00****Nombre de pièces :****2****Code Etablissement :****Agent de réception :****9MGE072****Nom Etablissement :**

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous



الدكتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

و النفسية

خريجة كلية الطب ببارود

محلقة لدى المحاكم

بالدور

M^{re} Bassir JAMILA

16 JAN. 2025

Mo. 60 Sertraline 50 mg

Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre Psychothérapeute
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Casablanca Tél: 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18



Durée de traitement



42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
Tél. : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18 : الهاتف
الفاكس : 05 22 22 81 34