

## 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                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Complément Déclaration de Maladie

N° W19-421865



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 :

Résidence Walili 7, rue de rame  
CASA 22 CASA

Tél. : 0621999896

Total des frais engagés : 460,00

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 :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

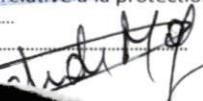
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 18/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 les 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 CNOAPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a 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 CNOAPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها 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 تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

### توقيع وظابط التعاtractive Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....  
.....

Date de dépôt du dossier : .....  
.....

.....

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم



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

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (نها)

الإسم العائلي والشخصي : .....  
رقم الانخراط : .....  
رقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Nom et prénom : .....  
N° Affiliation : .....  
N° Immatriculation : .....  
N° CIN : .....  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة

Adresss : ..... العنوان : .....  
ICHTIABI - Rue Walid 7 MAAZ CO 3A

Montant des frais : ..... دوهم .....  
460,00 Dhs

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

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
الإسم العائلي والشخصي : .....  
تاريخ الإيداع : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
الجنس\* : .....  
M  ذكر F  أنثى

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : .....  
نوع العلاجات

N° INP .....  
Type de soins .....  
Admission ALD\* : ..... Oui  Non  قبول المرض المزمن : .....  
N° dossier ALD\* : .....  
Code ALD : .....  
Soins\* ..... علاجات خارجية  ..... Pli confidentiel remis\* : ..... Oui  Non  رقم ملف المرض المزمن : .....  
ainbulatoires .....  
Hospitalisation\* ..... استشفاء ..... Date d'hospitalisation : ..... رمز المرض المزمن : .....  
تم تقديم الظرف المغلق : .....  
Tarih الاستشفاء .....  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .....  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant.

Fait à : ..... حرر .....  
le : ..... في : .....  
Signature de l'assuré (e) ..... توقيع المؤمن له (نها)  
.....

Ainsi je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر .....  
le : ..... في : .....  
Signature ..... توقيع الطبيب المعالج أو المميسنة الصحية  
Cachet et Signature .....

### Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

## جريدة الوصيـات الـتي تم تنفيـذـها والـتجهـيزـات الطـبـية المـمـوـنة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع واطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات: الاحياء، الأشعة والصور

INP: 003003106

**LABORATOIRE FELL**  
23-25, rue Abdesslam Khatt  
(ex. Léonine), Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél. : 0522.843 - 0522.852  
Fax : 0522 852 803

Actes Paramédicaux

الطبعة المساعدة المعلمات

MME JAMILA BASSIR  
ANG R ROME R ABDESLAM  
KHATB 7  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TR

000056764857

Accusé de Réception

N° Réception : **56764857**  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA  
Immatriculation : 93602296 / 090123522  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 20/05/2019 10:01  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138  
Valeur du dossier : 460,00  
Nombre de pièces : 3  
Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :  
Etablissement :



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

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Accueil &gt; Application &gt; assure app



🔗 (/portailapps/www/index.php/assures/authe/[MecSiwanen](#))

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 2

SOUMIS AU CONTROLE INTERNE 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	460,00	293,00	60,25	353,25

56764857

20/05/2019

BASSIR JAMILA

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

★★★★★

# مختبر التحاليل الطبية بـ الفلاحي

## L'LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI



Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIENT PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIENT CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ بـ الفلاحي  
إحصائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقاً  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصحة الضمان الاجتماعي  
لدرء غلف الدار البيضاء

Casablanca le lundi 1 avril 2019

Madame ROCHDI JAMILA NEE BASSIR

FACTURE N° 65587

### Analyses :

Glycémie (à jeûn) -----	B   30	
Acide urique -----	B   30	
Cholestérol total -----	B   30	
Cholestérol HDL -----	B   50	
Cholestérol LDL -----	B   50	
Triglycérides -----	B   60	Total : B 250

### Prélèvements :

Sang-----	Pc   1,5	
-----------	----------	--

TOTAL DOSSIER 360,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE FELLAHI  
23-25, rue Abdeslam Khattabi  
(ex. Lisbonne) Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél. 0522.852.919 - 0522.852.676  
Fax 0522.852.806

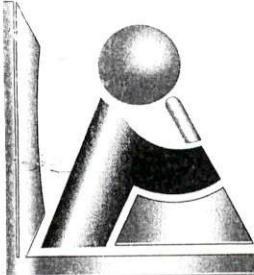
# مختبر التحاليل الطبية بـ الفلاحي

## L'ABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCien PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCien CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA



الأستاذ بـ الفلاحي  
إيجياني

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصحة الضمان الاجتماعي  
لتدريب غلاف الدار البيضاء

Dossier ouvert le 01/04/19

Edité le 01/04/19

Madame ROCHDI JAMILA NEE BASSIR

Dossier : 19D4

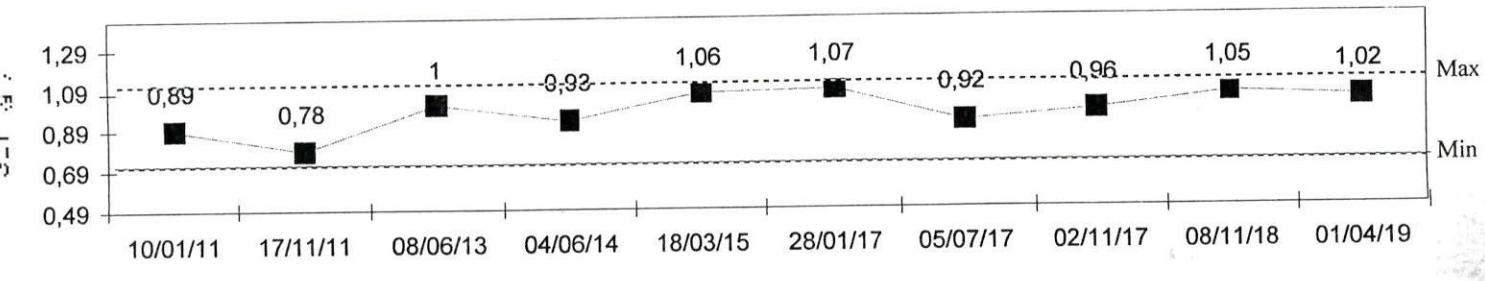
Page : 1

### BIOCHIMIE SANGUINE

Valeurs usuelles Antériorités

08/11/2018

GLYCEMIE A JEUN ..... Soit : 1,02 g/l 1,05  
6 mmol/l 6 0,7 - 1,1  
3,86 - 6,06

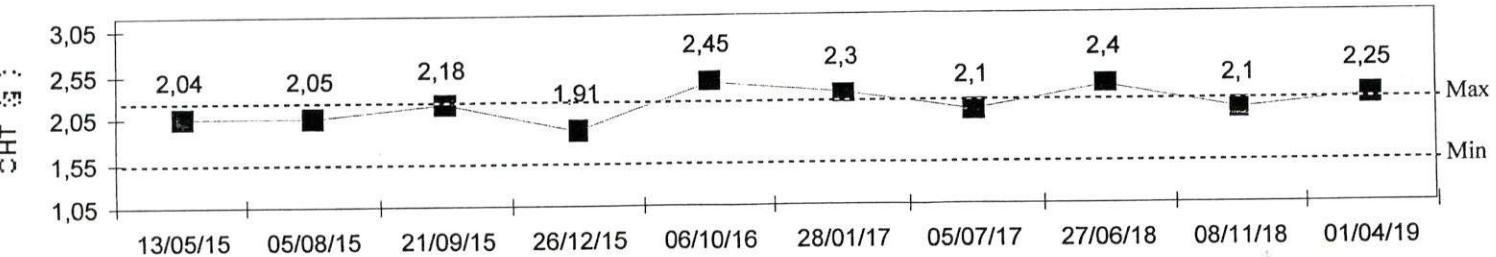


Dates d'antériorités

ACIDE URIQUE ..... Soit : 73 \* mg/l 74  
435 μmol/l 440

ASPECT DU SERUM ..... légèrement opalescent.

CHOLESTEROL TOTAL ..... Soit : 2,25 \* g/l 2,10  
5,80 mmol/l 5,41



Dates d'antériorités

CHOLESTEROL HDL ..... Soit : 0,40 g/l 0,35 - 0,65  
1,03 mmol/l 0,9 - 1,67

CHOLESTEROL LDL ..... Soit : 1,55 g/l < 1,6  
3,99 mmol/l < 4,12

TRIGLYCERIDES ..... Soit : 2,20 \* g/l 0,4 - 1,4  
2,51 mmol/l 0,46 - 1,6 3,30 3,77