

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 *Par l'ouris* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 4549

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : BERDAI Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Larache MPP 18 CASA

Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 4 966,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément Remboursement CNOPS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKIRASI fadoua 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 : CASA Le 02/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : J. Leclercq

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled with arrows: **D** (left), **H** (top), and **B** (right). The teeth are numbered as follows: Top row (maxillary): 1, 2, 1, 2; Second row: 3, 4, 3, 4; Third row: 5, 6, 5, 6; Bottom row (mandibular): 7, 8, 7, 8; Bottom second row: 15, 16, 15, 16; Bottom third row: 17, 18, 17, 18; Bottom fourth row: 19, 20, 19, 20.

(Création, remont, adjonction)

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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 Khalil, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغطية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

يجب تعينة ورقة العلاجات والتوقیع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسليّة للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإلقاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التغطية ولا بالإلقاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج ويaci مهني الصحة وتوقيعهم وختمامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغطية التي تتبعون إليها خلال الشهرين الموليين ل التاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقوضة بغير حق دون الالتماع 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 او الموقع الإلكتروني للتغطية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين توسيع اسمهم و رقم بطاقةتعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 0650950150
خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي : BAKKALI Fadoua
رقم الانحراف :

رقم التسجيل : 113183
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 551198843
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) : A169156
بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
Conjoint زوج Enfant ابن العنوان :

Adresse : 81 Rue longche APP 18
Hayess Al Am Rabat 1010
Montant des frais (Dhs) : 49660 Dhs

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : عدد الوثائق المرفقة : 04

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : Mme BAKKALI Fadoua
المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom :
Date de naissance : 16/11/1957
N° CIN : 4169156
Sexe* : ذكر أنثى Féminin

Identifiant du médecin traitant : Dr. BENCHIKI Mouloud
تعريف الطبيب المعالج :
N° de l'Identifiant national des Professionnels et des Établissements de santé INPE : 1090208167
الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins	نوع العلاجات	
Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض *	تم تقديم الظرف المغلق* : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Maternité*	<input type="checkbox"/> أمومة *	تاريخ الحمل :
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> إستشفاء *	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث *	تاريخ الاستشفاء :
		Date d'accident :
		Causes :

Fait à : Casablanca Le : 27/07/2022 Signature de l'assuré (e) 	Fait à : Casablanca Le : 27/07/2022 أصرح بمحاسنة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Pr. H. BENCHIKI Dermatologue Angle Bd. 2 Mars et Bd. Hassan II Casablanca - 20000 * ضع علامة في الخانة المناسبة
---	--

* Cocher la mention utile pour chaque case

(يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع) La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المحراة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعاونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP:

Xyzall 5 mg

Boîte de 14 comprimés pelliculés
AMM N° 21/19/DMP/21/NRQDNM

www.ijerpi.org



6 118000 0215

DIPROSONE 0,05 %
crème

Crème 8



11100000000031

24

6

1



101341393

283778002738

الطباطبائی

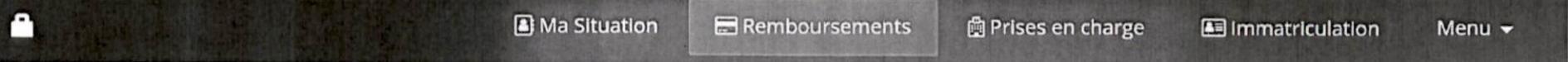
Actes Paramédicaux

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

11:09



cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR



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)



ⓘ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	31/10/2022	Virement	-	496,60	142,75	10,20	152,95
76332669	19/09/2022	Payé en : 42 jours		BAKKALI FADOUA	496,60	142,75	10,20	152,95

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخسي

أمراض الجلدية و التناسلية

نيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le **27.08.2022**

Mme BAKKALI Fadoua

40,1

1 XYZALL 5mg cp pellic : B/14

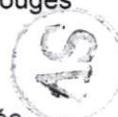
32,50 Un comprimé par jour pendant 14 jours, le soir

2 DIPROSONE 0,05 % crème : T/30g

A appliquer deux fois par jour pendant 3 jours puis une fois par jour pendant 7 jours puis un jour sur deux pendant 8 jours sur les lésions rouges

24,00 3 AVENE COLD CREAM Cr visage T/40ml

A appliquer sur le visage le matin, à répéter durant la journée



Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)

196,60
الطباعة
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
51 Avenue 2 Mars - CASA
Tél. 05 22 81 17 67

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167