

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Dr. Jemaa Meknès, Rue de

Tél. : 0621999896

Total des frais engagés : 563,60 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 : CASA

Le : 16/11/13

Signature de l'adhérent :



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

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

80355085

Date d'émission : 13/01/2023 12:09:23

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296

090123528

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de reception :

CASA SIÈGE 90145

Valeur en Dirhams :

563,60

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :

CNOPS ACCUSE DE RECEPTION



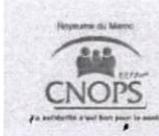
AIR



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion](https://portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion) [Accéder](#) [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	EN COURS DE TRAITEMENT 5	PAYÉ 4
-------------	--------------	--------------------------	--------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
5	-	-	2 569,20	916,69	115,59	1 032,28
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00	30,00	240,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09	9,59	149,68
80355046	13/04/2023	BASSIR JAMILA	400,50	177,60	31,40	209,00
80355083	13/04/2023	BASSIR JAMILA	563,60	160,00	20,00	180,00

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

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 التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، الخ...).

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

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبرجاء المحالغ المقبوضة بغير حق دون الأخذ 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) على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

CNOPS

Feuille de soins Maladie

N° du Tél (optionnel): 0664991000 رقم الهاتف (اختياري):
خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e) الاسم العائلي والشخصي:

BA881R JAMILA

1821166

932161024916

81518147314

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*Conjoint زوج ابن ابنة امرأة

Adresse: Residance malakit rue de remne CASA العنوان:

App.8

563,60

Montant des frais (Dhs):

Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: Dr. BASSIR JAMILA

0410611964

B1518147314

Date de naissance:

N° CIN:

Sexe:

Masculin ذكر اثث Féminin

Identification du médecin traitant

N° de l'identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

01918816160

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات

Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض	Pli confidentiel remis*: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non تم تقديم الظرف المغلق*: <input type="checkbox"/>
Maternité*	<input type="checkbox"/> امومة*	Date de grossesse: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تاريخ الحمل:
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> إستشفاء*	Date prévue d'accouchement: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> التاريخ المرتقب للولادة:
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تاريخ الاستشفاء:
		Date d'accident: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تاريخ الحادث:
		Causes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> أسباب الحادث:

Fait à: CASABLANCA حرب: CASABLANCA Le: 17/03/2013 في: 17/03/2013 توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré اشهد بصحة كل ماذكر أعلاه Dr. Najib OUAJJI Jateste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Gynécologue-Accoucheur Diplômé de Paris 39, Rue Damar Slaoui 1002 ضيع علامة في الخانة المناسبة	Fait à: Casablanca حرب: Casablanca Le: 17/03/2013 في: 17/03/2013 اصبح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. توقيع وطابع الطبيب المعالج او المؤسسة الصحية Dr. Najib OUAJJI Gynécologue-Accoucheur Diplômé de Paris 39, Rue Damar Slaoui 1002 ضيع علامة في الخانة المناسبة
---	--

Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جدل الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفیذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وظایع الصيدلاني او ممون التجهیزات الطبیة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17-03-23	63,60	 <p>PHARMACIE LM V 28, Bis Rue Salomon Angle Rue de Rome Casablanca Tél : 05 22 86 43 95 ③ Tel : 06 00 06 07 08 RC 318383 ICE 00217913000087</p>
	INP : 0921040492	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

www.bhagwansingh.com

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Casablanca, le : 17/03/2023

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM: BASSIR TARIK

AGE:

DDR:

TECHNIQUE:

INDICATION:

UTERUS:

Position: hétéroverse

Taille :

Long.: Larg.: Antéro-postérieur:

Contours : des utrs hétéroverse

Echostructure:

Endomètre : au + februs

CAVITE UTERINE:

l'intrac

mesurant 86mm x 71

OVAIRE DROIT:

Echostructure:

Taille :

CFA:

OVAIRE GAUCHE:

Echostructure:

CFA:

Taille :

DOUGLAS:

CONCLUSION:

.....
.....

عيادة التوليد وأمراض النساء

Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو

Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجود برنون

Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 17 03 . 23

7 - Bassin. Tamis

Colpo myome sur



PHARMACIE LMV
Dr. Mohamed LAHOU
28, Rue Salonique Angl
Rue de Rome Casablanca
Tel: 05 22 85 43 95
Tel: 06 00 06 07 00
RC: 318383 IFF

Exp Date
05/2023
Lot/Batch
8P984

maphar
Km 10, route collière 111
quartier industrie, Zemal, Ain Setif
Casablanca - Maroc
COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 20
P.P.V: 63DH68
6 118001 180707

Dr. Najib OUAJJOU
Gynécologue-Accoucheur
Diplôme de Paris V
Za R...

06 61 32 11 38 / 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70 - الهاتف : 39

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

E-mail : drsnoab@gmail.com