

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.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2693	Société : PAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Tazi Nadej			
Date de naissance : 476/15/5			
Adresse :			
Tél. 0661 15 5657		Total des frais engagés : 654,600 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age : 32		
<input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>05533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: none;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td>G</td></tr> </table>			H		05533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
05533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Instructions à suivre

tablir une feuille de soins par personne et événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales d'ordonnances médicales, factures, résultats d'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 demandes transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui n'ont pas été dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des dispositions réglementaires et de ce qui précède.

Instructions à suivre

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales d'ordonnances médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales d'ordonnances médicales, factures, résultats d'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 demandes transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui n'ont pas été dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des dispositions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

Toujours et toujours la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Tarif de l'édition :



N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENBOUKER AMAL

N° Affiliation :

169860

N° Immatriculation :

431 253389

N° CIN :

684232

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse :

RÉSIDENCE ARRABHANE N° 6
CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

654,6

Nombre de pièces jointes :

4

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins BENBOUKER AMAL

Nom et prénom :

Date de naissance :

13 09 54

N° CIN :

384232

Sexe* :

M ○ ذكر ○ F ○ أنثى ○

Identification du médecin traitant

N° INP

091039719

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

le : 20/02/2023

فی :

جربة 17/02/2023

في :

Signature de l'assuré (s)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

le : 17/02/2023

في :

Signature de l'institution médicale

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
Méthode de recherche

N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم الاتصال :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
ابن ○ زوج ○ ابنة ○ طفل ○

العنوان :

مبلغ المصاري (درهم) :
عدد الوثائق المرفقة :
تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :

تعريف الطبيب المعالج
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق* :
تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA
le : 17/02/2023
في :

description des actes effectués

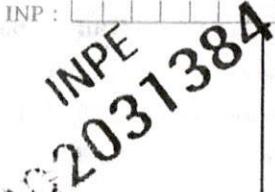
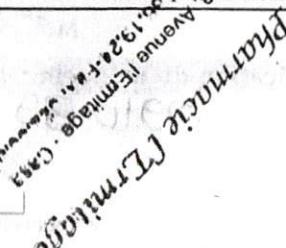
وصف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحباء، الأشعة و الصور

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة
cription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع و طابع الصيادي لجهة التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٨/٢/٢٠٢٣	٦٥٤,٦	
INP :		
 INPE 2031384	INP : <input type="text"/>	 Pharmacie L'Émirage Avenue l'Emirage, Casablanca Tél : 0524 44 19 19

INP:

INP

Actes Paramédicaux

الطباطبائی، المساعدات

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					

ORDONNANCE

Casablanca le..... 17/02/2023.....

M- BEN BON BEE R A M K L

126,7x²
- Cosopt (tology)

1/100th x 21; $P = 1 \times 10^3$ m/s

g A: ^(o) Alphafan (Collar)

1) cult x 3/5 pd + 0^{3 min}

148, Avenue Ermengé - Casablanca - Tel. 124-2424

Pharmacie Martigae


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOSTAGE SOCIAL**
 Gestionnaire de l'Assurance maladie CNOPS

[Accueil](#) | [Prévention](#) | [Employeurs](#) | [Mentions légales](#) | [Mutuelles](#) | [Liens utiles](#) | [Contact](#) | [العربية](#)

Recherche

[PRODUCTEURS DE SOINS](#) | [ASSURE](#) | [EMPLOYEURS](#)

Accueil > Application > assuré >

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](#) | **EN COURS DE TRAITEMENT 1 PAYÉ**

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
2	-	04/04/2023	Virement	-	1 168,70	873,88	103,12	977,00
1	-	22/01/2023	Virement	-	800,60	698,96	93,84	792,80
1	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,60

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré | [Télécharger](#)

★★★★★

[Assuré](#) | [Producteurs de soins](#) | [Employeurs](#) | [Plan du site](#)

 © CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
 Réalisation SQLI

Domi

AA



cnops.org.ma

