

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- 0033976

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2893 Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI Nadi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 15 56 58 Total des frais engagés : 1957 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 : Le : / /

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

RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

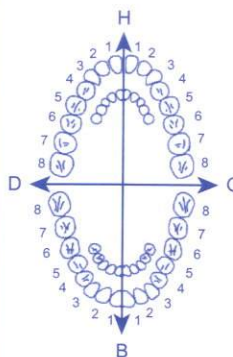
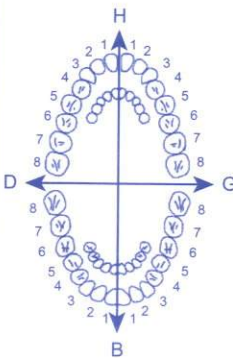
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Dir une feuille de soins par personne et événement.

feuille de soins doit être accompagnée de es les pièces justificatives originales onnances médicales, factures, résultats xamens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée ent être portés par les praticiens eux mêmes haque feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les imentations achetés doivent être joints aux nnances transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces ficatives doivent être présentées à votre elle dans les deux mois qui suivent le ier acte médical, sauf s'il y a traitement cal continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours uivent la fin du traitement.

emboursement des frais engagés sera tué sur la base de la tarification nationale fférence.

risques liés aux accidents du travail et dies professionnelles ne sont pas couverts.

e personne coupable de fraude ou de fausse uration pour obtenir des prestations qui ont pas dues, est passible des sanctions es et réglementaires.

igation de remboursement prise par la PS est subordonnée au respect des tions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENBOUBKEA AMAL
N° Affiliation : 169860
N° Immatriculation : 431 253389
N° CIN : 884232

الإسم العائلي و الشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : RESIDENCE ARRAHMANE N° 6

العنوان :

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1952,20

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 15

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENBOUBKEA AMAL

الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 13 09 54

تاريخ الميلاد :

N° CIN : 884232

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى

الجنس* :

Identification du médecin traitant

تحريف الطبيب المعالج

N° INP

INP : 091130922

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

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 :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

le : 17 03 2013

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

NETSPACE



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

PAYE

① 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
1	-	01/06/2023	Virement	-	1 957,20	1 414,91	290,39	1 705,30
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	54,00

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)

☆☆☆☆☆



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PREVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance Maladie UMOG

Accueil | Prévention | Employeurs | Mentions légales

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

AMC

Accueil > Application > assure app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En l'adite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMC
1	-	-	1 957,20	1 414,91
0081040	30/03/2023	BENBOUBKER AMAL	1 957,20	1 414,91

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Téléchargement

AA

cnops.org.ma



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

Bro BUBOR

Casablanca, le

16/12/23

mal

Brucellose par Mesure

la Colonne

MAROC DIABETE PLUS
Direction Générale
94, Rue Moussouloussi
MAG B - Casablanca
ICE: 000022408000070

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356 Rue Mostafa El Maâni
CASABLANCA
Tél.: 0522 22 18 84 / 0522 26 13 36

356. زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinet-soulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

MAROC DIABETE PLUS

94 Rue ABOU ASSALT AL ANDALOUSSI - MAARIF
CP : 20100
Casablanca Maroc
Tél : 0522 23 76 76 / 23 75 24 / 98 44 65
Email : marocdiabete@menara.ma

Facture N° : FA23/1572

DATE	CLIENT	PAGE
16/03/2023	04542	1 / 1

BENBOUBKER AMAL

Casablanca

Code	Désignation de l'article	Qté	P.U TTC	P.T TTC
	B.L N° : BL23/1824			
GS300/25	BANDELETTE BIONIME GS300 BTE 25	2.00	80,00	160,00
GS570/25	BANDELETTE BIONIME GS570 BTE 25	3.00	80,00	240,00

MAROC DIABETE PLUS
Direction Générale
Mag B - Casablanca
94, Rue Abou Salt Al Andaloussi
Tél: 000022408000070

Net H.T	TAUX	T.V.A
333.33	20%	66.67
TOTAL		TOTAL
333.33		66.67

Montant HT	333.33
Montant TVA	66.67
Montant TTC	400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENT DIRHAMS.