

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8163 Société : TAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Chabri

An delpham

Date de naissance :

Adresse : S6, rue El Hachemi DAB

Tél. : 0661976374 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2023
Nom et prénom du malade : El Hajjime Houcine Age : 1977

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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 : CASABLANCA

Le : 13/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



M23-013115

67305 ce m/janvier

Optique

Autres

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

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

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 Hall, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : | | | | | | | | تاريخ الإيداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسليّة للأدوية، الخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلة، بتنبيه التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإدلة، بتنبيه الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع المستندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى المهنيين الصحة وتعويضهم وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتلقى إليها خلال الشهورين 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 المبالغ المقبوسة بغير حق دون الأخذ بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصرّف 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 للتعاونية للتأمين.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدون توقيع إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليل ص.ب. 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

• التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري):

خاص بالمؤمن له (ة)

N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

FLYATIME Nandu

N° Affiliation :

343336

N° Immatriculation :

432424379

N° CIN :

BH3177481

علاقة القرابة
بين المستفيد والمؤمن (ة)*Conjoint زوج Enfant أبن

Adresse :

SG. NAY D. MOUNA 12 18 21

Montant des frais (Dhs) :

250,00
02

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاج

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ذكر Feminin أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

Inpd. 091246934

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق *

تاريخ العمل :

التاريخ المرتفق للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Pli confidentiel remis* :

oui

non

Date de grossesse :

[]

Date prévue d'accouchement :

[]

Date d'hospitalisation :

[]

Date d'accident :

[]

Causes :

Fait à :

Le :

(توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

حرر بـ :

في :

اصغر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables!

توقيع وطابع الطبيب المعالج
او المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant,
ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

عمليات الادباء، الاشعة والصور

CIM - 10

جدول الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفيد Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعية والصور

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

ملفات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وظيفة المساعد الطيفي Signature et Cachet du Par
INP :					
INP :					
INP :					

INP: | | | | | | | |

Dr. Ramid Hind

Dermatologue

Médecin Esthétique & Laseriste

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée en Médecine Esthétique et Laser

de l'Université de Versailles Paris - France

Ancienne interne à l'hôpital Saint Louis à Paris - France

JR

الدكتورة الرميـد هـند

طبيبة متخصصة في أمراض الجلد

وطب التجميل والليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

حاصلة على دبلوم في طب التجميل والليزر من جامعة فرساي بفرنسا

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى سان لويس بباريس - فرنسا

07 Avril 2023

Le : في :

م² Aouda El YATIME

1) Se sentir défunct le mat
Sappli le mat

2) Photodermite clé.
Sappli le mat

3) Effectuer une larvicide

4) Jausseur SPF 50+
1app / 2h si exposition solaire

5) Glycost Neoli
1app / 2 (210g)

شارع القدس إقامة الأمراء، مدخل "ب" الطابق الثاني، الشقة رقم 6 الدار البيضاء

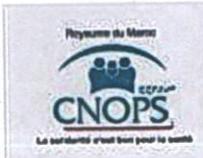
الهاتف : 05 22 21 36 37 - البريد الإلكتروني : dr.ramidhind@gmail.com

Bd El Qods, Résidence les Princes, Imm B, 2 ème Etage N°6 - Casablanca

Tél.: 05 22 21 36 37 - E-mail : dr.ramidhind@gmail.com



Ce plug-in n'est pas compatible.

 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

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	-	13/06/2023	Virement		776,80	398,76	128,04	526,80
80400247	17/04/2023	Payé en : 56 jours		ELYATIME HOUDA	526,80	278,76	98,04	376,80
80400305	17/04/2023	Payé en : 56 jours		ELYATIME HOUDA	250,00	120,00	30,00	150,00