

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : *8098*

Société : *DRH*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HESSABEKI Fouzia*

Date de naissance : *21/12/1958*

Adresse :

Tél. : *0644009875* Total des frais engagés : *640,60* 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 : Le : *21/06/2019*

Signature de l'adhérent(e) : 



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 - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A vertical line labeled 'D' is on the left, and a vertical				

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des 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 ordonnances transmises.		
<p>La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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 qui suivent la fin du traitement.</p> <p>Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.</p> <p>Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.</p> <p>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.</p> <p>L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.</p>		
Cachet et signature de ma mutuelle		توقيع و طابع التعاضدية
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier :		

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
N°Bordereau :	N°Dossier :	مرجع رقم
Partie réservée à l'assuré(e)		
الاسم العائلي والشخصي : رقم الاتصال : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○		
العنوان : مبلغ المصاري (درهم) : عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الإسم العائلي والشخصي : تاريخ الإيداع : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس : ذكر ○ أنثى ○</p> <p>تعريف الطبيب المعالج</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي للمارس</p>		
<p>N°INP Type de soins Maladie ○ مرض ○ Maternité ○ أمومة ○ Hospitalisation ○ استشفاء ○ Accident ○ حادث ○</p> <p>Pli confidentiel remis : Oui ○ Non ○ Date de grossesse : Date prévue d'accouchement : Date d'hospitalisation : Date d'accident : Causes :</p> <p>أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : در ب : في : Signature de l'assuré (e)</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصنفية Signature et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

جد الوصفات التي تم تنفيدها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الจำนวน المغورت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/06/23	296.60D	<p>سلسلة السلامة PHARMACIE AS-SALAMAH IBN LKHATT IDRISI N°10 Rue Jordanie Fès Gare - 05 35 42 13 00</p> <p>INP: INP 142052001</p>
		INP: [] [] [] [] [] []
		INP: [] [] [] [] [] []
		INP: [] [] [] [] [] []

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجيتي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP: 					
INP: 					
INP: 					

Actes Paramédicaux





مصحة الأطلس - فاس Polyclinique Atlas - Fès

140004169

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 17/05/03

Dr Abdelkarim Yousfi

167.ko polyzopin 5 mg

$X_2 = 33h.80$ mg + 2 mg ~~0.55 mg~~

AT 03 mois

صيدلية السلام
PHARMACIE AS-SALĀMAH
IBN LKHAYAT IDRISI Najia
Rue Jordanie Fès Gare-Tel: 05.35.62.13.06

INP 142052091

T: 33h.80

Pr. A. A. B Chadya
Professeur de Psychiatrie
CHU Hassan II - FES
INPE 141220673



Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / GSM : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 002914234000045 - RC : 70437



Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 15/06/23

Nom : M Youssef

Prénom : Abdellah

- Honoraire Dr. :

• Somme : 300 DH



Cachet et Signature



(/portailapps/www/index.php/assures/auth)



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

PAYE

ACCORDE 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	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
	81583818	20/06/2023	Payé en : 44 jours	YOUSFI MUSTAPHA	3 450,00	1 892,20	333,05	2 225,25
	81706601	26/06/2023	Payé en : 38 jours	YOUSFI ABDELKARIM	646,60	255,62	54,46	310,08
	81706582	26/06/2023	Payé en : 38 jours	YOUSFI ABDELKARIM	684,80	282,36	60,57	342,93
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00