

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 : 8098

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI, Fouzia

Date de naissance : 11/12/1958

Adresse : 18

Tél. 06 44 00 9335 Total des frais engagés : 684,80 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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 7/01/2018

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 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	

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.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction around the arch.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion) Assurance Maladie Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

Réseau du Médecin

CNOPS
 La sécurité n'est pas pour le moins

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

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

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.

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 traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

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

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

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.

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

تتميم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء و أثمانها بالوصفات المرسلة .

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية الى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

ستتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية .

الخطاء الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض .

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطرة القانونية .

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

Cachet et signature de ma mutuelle	توقيع و طابع التعاقدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع:	

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie	التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
N°Bordereau :	N°Dossier :	Réf ANAM
Partie réservée à l'assuré(e)		مرجع رقم
خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : Youssi Mostapha N° Affiliation : 11319984 N° Immatriculation : 913N14212376 N ° CIN : F116310821 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) <input checked="" type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن		
الاسم العائلي والشخصي : رقم الإنخراط : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :		
Adresse : نسخة 14 ، الملاحة ، باردو العنوان : AB Montant des frais (Dhs) : 6196,60 مبلغ المصارييف (درهم) : Nombre de pièces jointes : 69/18 عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins Nom et prénom : Youssi Hachekain Date de naissance : 11/11/1973 N° CIN : 111111111111 Sexe : ♂ ذكر ♀ أنثى		
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج N°INP Professeur Hachekain الرقم الوطني الاستدلالي للممارس Type de soins CHU Hassan II - FES نوع العلاجات Maladie ○ مرض Pli confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non تم تقديم الظرف المتعلق : Maternité ○ أمومة Date de grossesse : 11/11/1997 تاريخ الحمل : Hospitalisation ○ استشفاء Date prévue d'accouchement : 11/11/1997 التاريخ المفترض للولادة : Accident ○ حادث Date d'accident : 11/11/1997 تاريخ الحادث : Causes : 1997/04/16 16:00		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 11/11/1997 حرر بـ : 11/11/1997 le : 11/11/1997 في : 11/11/1997 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare la sincérité et la véracité des informations ci-dessus. Fait à : 11/11/1997 حرر بـ : 11/11/1997 le : 11/11/1997 في : 11/11/1997 توقيع وطبطع الطبيب المعالج أو الممتحنة المعنية Cert et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins Professeur de Médecin HU Hassan II - FES N°INP 141220673		

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جد الوصفات التي تم تنفيدها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP: <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 20px; margin: 0 auto; display: block;" type="text"/>					
INP: <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 20px; margin: 0 auto; display: block;" type="text"/>					
INP: <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 20px; margin: 0 auto; display: block;" type="text"/>					

INP:

Actes Paramédicaux

الطببيين المساعدين عمليات

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					

INP:



Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 14/05/23

Nom : M. AYousfi

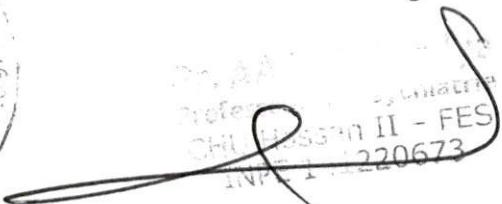
Prénom : Abdellah

- Honoraire Dr. :

• Somme : 30000



Cachet et Signature



Bd. My Rachid Route de Sefrou Fès V.N. - Tél. : 0535 641 697 / 0535 641 123/24 - Fax : 0535 657 969

CNSS : 1294305 - Patente : 13244502 - I.F : 04500667

ICE : 001915534000012 - Email : polycliniqueatlas88@gmail.com



مصححة الأطلس - فاس

Polyclinique Atlas - Fès

Tomols



ORDONNANCE

Docteur : Fès, le : 15/06/23

Mr AbdelKrim Yousefi

$$\pm 1 \left(168.30^{x^2} \right) \pm 7.7^*$$

1 = 0 path segments

249 - 0 - 249

Neotigoxin 5 mg 1 polyBpi 5 mg

- 0 - 14

Das erste

31 - Alfonso

~~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 38 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

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

ICE : 002914234000045 - RC : 70437

PRISDAL® 2 mg
30 comprimés pelliculés



6 118001 250967

PRISDAL® 2 mg
30 comprimés pelliculés



6 118001 250967