

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 12706 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KARROURAMI RHITA

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse : A 97197

Tél. : 0666957555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAIDI NARIA Age : Sans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Con plis et atopie

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 : CLSA Le : 26/02/2024

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 - 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

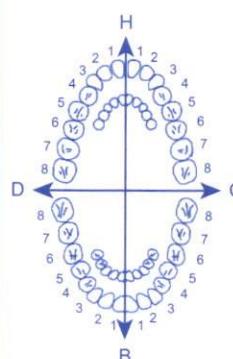
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie



Instructions à suivre

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 si l'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 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 KHalli, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلي للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تتبعون إليها خلال الشهرين الموليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجع المبالغ المقيدة بغير حق دون الاحوال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق من www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليل ص ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

رقم الهاتف (اختياري) : خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

J A I D I Mourat

N° Affiliation :

55442

N° Immatriculation :

710604

N° CIN :

A B M I I 9 2 7

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

Conjoint زوج این Enfant

العنوان : Adresse : Résidence EP Flamingo Tmb 16. Appart 4
130 Ghandi 90210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 434,60 Dh

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

J A I D I T A B I A

Date de naissance :

08/11/2018

N° CIN :

Sexe*:

Masculin ذكر Féminin ائن انثى

Identification du médecin traitant

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

09192729

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق * :

oui non

تاريخ العمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Type de soins

Maladie* مرض *

Maternité* امومة *

Hospitalisation* استشفاء *

Accident* حادث *

Pli confidentiel remis* :

oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Fait à :

Le :

24/11/2018

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

حرر بـ :

في :

أشهد بصحة

كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à :

Le :

19/11/2018

حرر بـ :

في :

أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus intèressées et véritables.

Dr. M. BENNOUAR
PÉDIATRE

Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

220, Bd Ghandi Dar Al Hikma
Tél: +212 522 95 12 32 Urgence : 06 61 33 372

* ضع علامة في الدائمة المنسوبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

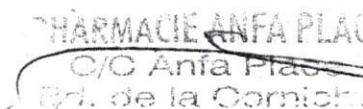
يمكن منعا كلية بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة المنشآت | جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/11/23	134,60	
	INP: 09206966	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصو

Actes Paramédicaux

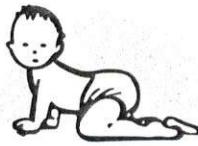
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع انساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Dr. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)
Réanimation Néonatale
ph. Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique
Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat-Paris



الدكتور محمد بنونة

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشعاير الداخلي للأطفال (باريس)

24.11.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Enfant JAIDI MARIA

Age : 5 ans

Poids : 18,00 Kg

134,60

TETRAXIM VACCIN

1 boite

Une injection en IM



~~PHARMACIE ANFA PLACE
C/S Anfa Place
C/S de la Corniche
Bd. de la Corniche
220, Bd Ghandi Dar Asmaa
Tél: 05 22 95 12 32 Urgence: 05 22 95 12 33~~

Dr Mohammed Bennouna

DR. M. BENNOUNA

PEDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaa.

Tel: 05 22 95 12 32 Urgence: 05 22 95 12 33

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
TetraXim Inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH

6 118001 080724

SANOFI PASTEUR
14 ESPACE HENRY VALLEE
69007 LYON
FRANCE



136R3UEMG871A9

10-2024

SN:

V3M891V

EXP:



E-mail : medbennouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 - المحمول : 05 22 95 12 32 - الهاتف :
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 32 - GSM : 06 61 14 73 72



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure.app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Mutuelle) 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 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 2

💡 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	-	06/02/2024	Virement	-	434,60	214,22	44,04	258,26
	22/12/2023	Payé en : 46 jours		JAIDI MARIA	434,60	214,22	44,04	258,26
84954261								
■ 1	-	02/01/2024	Virement	-	488,00	137,15	26,42	163,57
■ 2	-	29/11/2023	Virement	-	1 619,80	233,18	40,08	273,26
■ 2	-	03/11/2023	Virement	-	4 163,91	2 498,17	529,78	3 027,95
■ 2	-	02/10/2023	Virement	-	964,70	522,50	102,50	625,00
■ 1	-	08/09/2023	Virement	-	2 170,31	1 577,11	385,35	1 962,46
■ 2	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
■ 1	-	28/06/2023	Virement	-	540,80	218,56	45,03	263,59
■ 5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
■ 1	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
■ 1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>) ★★★★☆