

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.



Déclaration de Maladie

W21-846979

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule :	8541	Société :	R.A.N.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
BOUTA LEB AICHA			
Date de naissance :			
Adresse :			
<i>A 99 b33</i>			
Tél. :	Total des frais engagés :		
	1659,90		

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/...../.....		
Nom et prénom du malade : Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> 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'atlas médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

—gave a good deal of time.

Le: / /

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

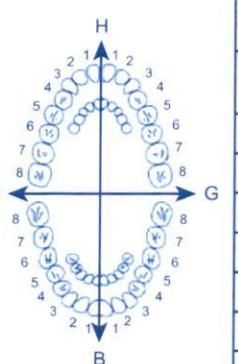
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



(Création, remont, adjonction)

**Montant des
Honoraires**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECU

FIN
D'EXECUT

CŒFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D'
L'EXECUTI

ORDONNANCE

Dr. BOUITAÏEB Bouchra
Médecin Chef
C/S Ouhoud - Casablanca
INPE: 0920-4726

Cob, le: 31/08/2023

- M¹-El Fossil El Fil AL-labb
180,00 \times^2 - Om'coll plus bandage
92,00 \times^3 flour de farine 3 kg
9 juillet 2023 PHARMACIE DR QUADILI SIDI MOUSSA
167,00 \times^3 - C.P (S.V) 111 3 mois
40,00 \times^6 - T.S. 15% (H. 3 mois)
23,60 \times^2 100x2 kg H. 3 mois
27,00 \times^1 - 1 cpl j. H. 3 mois
107,60 - Shingi 700 ep.
45,20 \times^2 1 cp H. 3 mois
45,20 Myosfer (S.V)

Dr. BOUITAÏEB Bouchra
Médecin Chef
C/S Ouhoud - Casablanca
INPE: 0920-4726

CARDIOFLEX® 100 mg

Boîte de 30 Comprimés Pelliculés

**CARDIOFLEX® 100 mg**

Boîte de 30 Comprimés Pelliculés

Cardiospirine 100 mg/80cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 167,00 DH

319334

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

COVERSYL®Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



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

Accueil > Application > assure app

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

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	EN COURS DE TRAITEMENT 2	REJET 1	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
- 1	-	01/03/2024	Virement	-	1 442,40 010,63	1	270,27	1 280,90
85216891	08/01/2024	Payé en : 53 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 442,40 010,63	1	270,27	1 280,90
- 1	-	02/01/2024	Virement	-	1 190,00 780,56	780,56	195,14	975,70
84280414	21/11/2023	Payé en : 42 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 190,00 780,56	780,56	195,14	975,70
- 1	-	23/11/2023	Virement	-	1 652,90 136,58	1	332,82	1 469,40
83358530	06/10/2023	Payé en : 48 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 652,90 136,58	1	332,82	1 469,40

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

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 Khalil, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضمورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، الخ...).

المؤمن غير مطالب بالإلاداء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلاداء بنتائج الفحوصات الشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع المستندو للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب ان تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبأي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية،

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تنتمون 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 وبارجاع المبالغ المقيدة بغير حق دون الالتماع 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 www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

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



Tel : 0661597433

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

12113481A

N° Affiliation :

4314130717181

N° Immatriculation :

BM48173991

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*علاقة القرابة
بين المستفيد والمؤمن (ا)*Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : LOT LAIMOUNEN VILLA N°100

CASABLANCA.

71652,90 Dhs

العنوان :

اجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

Tariх езидиاد : 27/02/1961

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* : Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

نوع الطبيب المعالج
الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
و مؤسسات العلاجنوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب 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 : 03/11/2012 في : 03/11/2012

Fait à : 31/08/2012 في : 31/08/2012

اصح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.توقيع وطابع الطبيب المعالج
او المؤسسة الصحيةCachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منك كلما نسب هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

عملات الاحياء، الاشعة والصور

CIM - 10

جريدة الوصيفات التي تم تقييدها والتغيرات الطبية المعمونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی المساعدین عملات

توقيع وطابع المساعد الطبي
Signature et Sceau du Paramédical

تاریخ 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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



MR EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH
LOT LAIMOUNE VILLA 100

Royaume du Maroc



CNOPS Accusé de Réception



CASABLANCA

CASABLANCA LISSASFA

20230

N° de Dossier : 83358530 Date et heure :06/10/2023 11:26

Nom et prénom Assuré : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

Immatriculation : 43430778 / 040103021

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40127

Valeur en Dirhams : 1 652,90 Nombre de pièces : 3

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0596

Nom Etablissement :

A
RE

DR