

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



20033

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030328

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2658 Société : R AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : Casa, Maroc

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 300,00 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

RELEVÉ 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

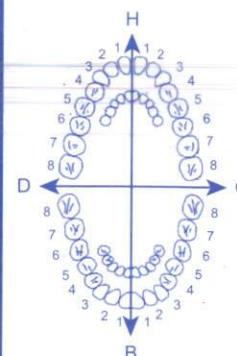
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

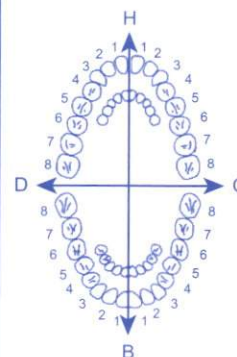
D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


cnops.org.ma/assure_

**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**
Garantissant des prestations sociales de solidarité

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas compatible.

ZINE TOURIA
CIN B 377280
AFFIL. 432874741

Accueil • Application • Aide

Ma Situation

Remboursements

Frais de charge

Annuaire

Menu



Information

EN COURS DE TRAITEMENT

PAIE

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
3		28/02/2024	Virement	-	3 400,40	1 540,04	191,76	1 731,20
0513267	02/01/2024	Payé en : 49 jours		ZINE TOURIA	2 250,00	1 093,60	48,40	1 142,00
0513267	02/01/2024	Payé en : 49 jours		ZINE TOURIA	300,00	120,00	30,00	150,00
0513269	02/01/2024	Payé en : 49 jours		ZINE TOURIA	850,40	326,44	112,76	439,20
1	-	06/02/2024	Virement	-	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
2	-	05/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
3	-	03/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
1	-	01/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
1	-	06/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
1	-	30/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
3	-	28/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
1	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré



Télécharger

★★★★★

[Producteurs de soins](#) | [Employeurs](#) | [Plan du site](#)

 2019 Tous droits réservés
 SCS


MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001



Accusé de Réception



N° de Dossier :

85112467

Date et heure : 02/01/2024 13:11

Nom et prénom Assuré :

ZINE TOURIA

Immatriculation :

43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ZINE TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40105

Valeur en Dirhams :

300,00

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

M4M0088

Nom Etablissement :

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمن الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف الدوا.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاقدية ولا بالإدلاء بنتائج التحوصات الإشعاعية 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 وياقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

عاقب بغرامة و/أو رجاء المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاقدية.

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 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Réception Traçabilité

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : / / : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0612833391
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : Touria ZINE
رقم الانخراط : 363178
رقم التسجيل : 8121874741
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B3771250
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
العنوان : 179 lot d'habitat Sidia Maarouf
Adresse : Csa blauer
إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 300 درهم
Montant des frais (Dhs) :
عدد الوثائق المرفقة : 2 pieces
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : Touria ZINE
تاريخ الازدياد : 05/08/1958
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B3771250
الجنس : Masculin ☒ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 0911146503
الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات :
قبول المرض المزمن : oui ☐ non ☐
رقم ملف المرض المزمن :
رقم المرض المزمن :
تم تقديم الظرف المغلق : oui ☐ non ☐
تاريخ الاستشفاء :
Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية *
Pli confidentiel remis* :
Hospitalisation* ☐ استشفاء *
Date d'hospitalisation :

Fait à : Csa blauer حرر بـ : / /

Le : 05/08/2024 في : / /

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.

Fait à : / / حرر بـ : / /

Le : / / في : / /

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [][][][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][][][]	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

عمليات 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP: [][][][][][][][][]					
INP: [][][][][][][][][]					
INP: [][][][][][][][][]					

Reçu de caisse

N°: 2312191516093510 / 1 / 0

Médecin : DR. LAHBABI MEHDI

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23L191415	ZINE TOURIA	19/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : WAFIK

CLINIQUE AL-MADINA
CAISSE
532, 9d Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 36281 / 2023 du 19/12/2023

Nom patient **ZINE TOURIA**
PAYANT

Entrée 19/12/2023
Sortie 19/12/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Clinique				150.00

DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Autres prestations				150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Dr Mehdi LAHBABI
Anesthésiste - Réanimation
INPE : 091176503
Tél.: 0522 77 77 40 - Fax: 0522 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01