

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : 8541

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

204000

Nom & Prénom : BOUATALEB AICHTA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1448,4 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 : 22 MAI 2021

Le : 21/5/2021

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

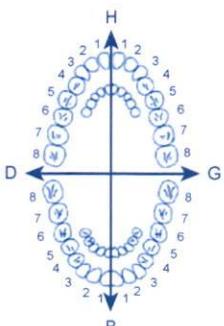
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

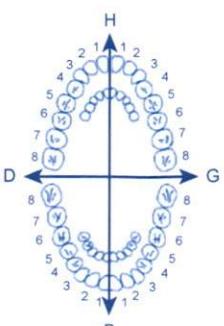
VOLET ADHERENT

* 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/Identification](#) [Dématérialisation](#) [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 Mutualées 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	195,14	975,70
84280414	21/11/2023	Payé en : 42 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 190,00	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

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 votre mutuelle 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Tariх е-бюд :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف العارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

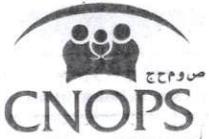
يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى التعاضدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



٥٦٦١٥٩٧٤٣٥
ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Feuille de soins Maladie

Ref ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

رقم الانخراط : 213491

رقم التسجيل : 43430778

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B487339

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Joint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○ ابنة ○

العنوان : LOT LAIMOUNE 8- VILLA N° 100

CASA BLANCA

مبلغ المصاري (درهم) : 1442,407 DHS

عدد الوثائق المرفقة : 01

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

تاريخ الإزدياد : 270263

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B487339

الجنس* : M ذكر ○ F أنثى ○

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *



Centre National d'Assurance Maladie et de Protection Sociale

الطباطبى للعلاج

الطباطبى للإنتفاضة

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20.12.23	1442.4	9 PHARMACIE K Dr OUADILI SOUA Lissasfa 1 - Tél: 0522 55 00 1
	INP : []	
	NPE: 092036789	
	INP : []	
	INP : []	
	INP : []	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

سون

عمليات الإحياء: الأشعة والص

Actes Paramédicaux

عملات المساعدین الطيبين



ORDONNANCE

Le: 20/12/2023

M³ - ELFossi ELFihni Absteflah

14,00 x 3 = 42,00 Doli pmsone 1000 cp (26)

167,00 x 2 Mep x 31, = 501,00 Heshor 10 (26)

27,70 x 6 1 cp / 3 = 166,20 - Wnsho 28 pte KMD

92,00 x 3 4 cp - EXQUADIL Lissasfa Tél: 0522 00 00 00

= 276,00 Covering كافيتري (26)

136,60 1 ep - PHARMACIE KM 9
Dr OUADILI Souad

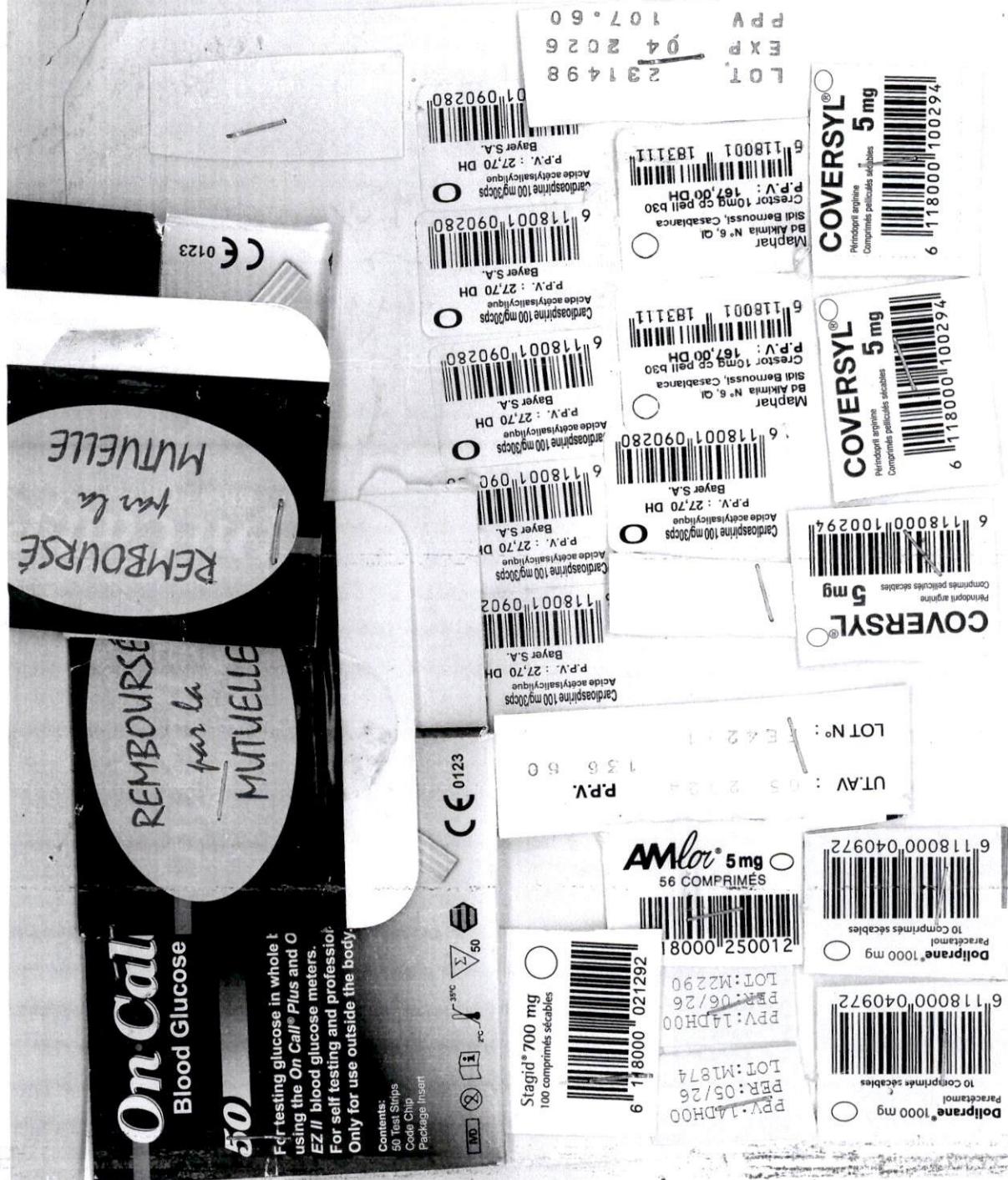
Lissasfa 1 - Tél: 0522 65 00 11

407,60 1 cp -

190,00 x 2 1 cp -

= 380 - Om coll ph 26

1442,40



MR EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

LOT LAIMOUNE VILLA 100

CASABLANCA

CASABLANCA LISSASFA

20230

Accusé de Réception



N° de Dossier : 85216891 Date et heure : 08/01/2024 12:10

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 40113

Valeur en Dirhams : 1 442,40 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : M4M1194

Nom Etablissement :

MR EF EASSI EF EHLI ABDEFTH

FOT. FABRIONE ALFIA 100

Access de Reception

