

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

- Reclamation : 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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUATA LEH AICHA

903998

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2300 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 2024

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'at^e médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 2/5/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

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 honoraires

EXECUTION DES ORDONNANCES

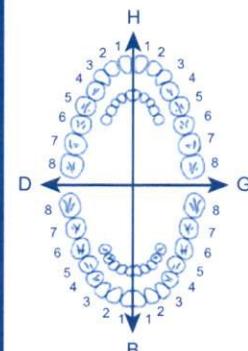
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

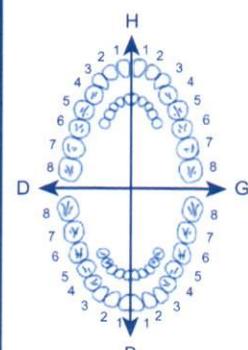
VOLET ADHERENT

* 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



[Création, remont, adjonction)

**Montant de
Honoraires**

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECU

FIN
D'EXECUT

CŒFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
REVIS

DATE D
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق
إخلاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERAZIK

خريج كلية الطب بلیاج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme ELFASSI ELFIHRI GHITA

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 4.75 (- 0.75 à 20°)

OG = - 4.75 (- 0.75 à 160°)

INTEROPTIC
Hind ~~ELFAIFI~~
OPTICIEN - ORTOMETRISTE
Rue Mettilia - Mohammédia

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

Tel : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21

Casablanca , le 05/02/2024

96. شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة 2، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58 -
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca
المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 06 64 17 10 21

MR EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH
LOT LAIMOUNE VILLA 100



Accusé de Réception



CASABLANCA
CASABLANCA LISSASFA
20230

N° de Dossier :

86445063

Date et heure :07/03/2024 12:59

Nom et prénom Assuré :

EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

Immatriculation :

43430778 / 040103021

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ELFASSI-ELFIHRI GHITA

/ 11

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40145

Valeur en Dirhams :

2 300,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0543

Nom Etablissement :



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

Accueil > Application > assure app

FR

█ (/portailapps/www/index.php/assures/auth) Déconnexion 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 1
REJET 1
PAYE

❶ 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
- 2	-	17/04/2024	Virement	-	4 447,40 170,39	2	437,31	2 607,70
86445083	07/03/2024	Payé en : 41 jours		ELFASSI-ELFIHRI GHITA	2 300,00	920,00	30,00	950,00
86445055	07/03/2024	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	2 147,40 250,39	1	407,31	1 657,70
■ 1	-	01/03/2024	Virement	-	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
■ 1	-	23/11/2023	Virement	-	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>) ★★★★★

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée



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

تسنعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طولى الأمد، كما تسنعمل فقط بالنسبة للحالات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طولية الأمد.

يجب تدوين رقم المموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلأفانه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاقدية 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 لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوفيقهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاني بفرامة وبارجاع المبالغ المقيدة بغیر حق دون الأخلاص 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).

للمراد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاقدية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع :

رقم الهاتف (اختياري): خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

رقم الانحراف:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

علاقة القرابة:

بين المستفيد والمؤمن(ة)*:

العنوان:

إجمالي المصاري (بالدرهم):

عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

تاريخ الإزدياد:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس*: اثنى عشر

Nom et prénom: EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH

Date de naissance: 05/03/2002

N° CIN:

Sexe*: Masculin

Identification du médecin traitant

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

Type de soins

Admission ALD*

oui non

قبول المرض المزمن:

N° dossier ALD*

رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD:

رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires* علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* oui non

Hospitalisation* استشفاء* Date d'hospitalisation:

تم تقديم الظرف المغلق:

تاريخ الاستشفاء:

Fait à: CASABLANCA حرر بـ:

Le: 15/03/2024 في:

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

أشد بمحنة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-avant.

Fait à: CASABLANCA حرر بـ:

Le: 05/03/2024 في:

اصح وصادق كل المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

وتحت وطابع الطيبة العالية

وأمينه الصالحة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement concerné

* ضع ملامة في كل خطأ مكتبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15-02-24	2000,00 دhs	INTEROPTIC Hind ECHAFAI OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rue Mellilia - Mohammedia
	INP: [REDACTED] 095011664	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الطب الكندي | Canadian Medical Association

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

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

Interoptic

INTER OPTIC

FACTURE N°: 1975

Résidence du parc, angle

Mellilia et bd ibnou tachefine

Magasin N° 3 Mohammedia

DATE: 16-02-2024

M. 1^e EL FASSI EL Fihri
..... G. Mita

Arrête la Présente Facture à la Somme de

Den x mille årshund

Montant à payer

dont T V. A à

20 % incluse pour

INTEROPTIC
Hind ECHAFAI
OPTICIEN - OPTOMÉTRISTE
Rue Mellilia - Mohammedia

INETROPTIC RC : 17356 IF : 40397495 ICE : 001922780000019 PATENTE : 8037/16

INPE : 095011664