

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie 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.

Éducation :

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

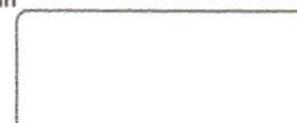
N° W19-553375

NO: 44505

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8228		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TESSAOUI FOUTA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 06 44 00 98 35		Total des frais engagés : 400 DH	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : YOUSSEF ABBEY Age: 21

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

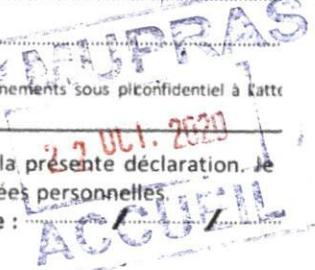
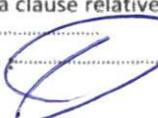
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 21/01/2021

Signature de l'adhérent(e)



Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.
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).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة والمخبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المقترنة وأسمتها بالوصفات المرسلة.
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.		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباقية إلى التغطضنية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.		كل من ثبت عليه غض أو تصریح للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما يبق ذكره.
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Cachet et Signature de la mutuelle </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Identification de l'agent </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Date de dépôt du dossier </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Section FES </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Identification de l'agent </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Date de dépôt du dossier </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> تاريخ الإيداع : </div> </div>		توقيع و طابع التغطضنية

CNOPS مصروف		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم	
N° Bordereau :		N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e) Nom et prénom : <i>Yousfi Abdellah</i> N° Affiliation : <i>14313191814</i> N° Immatriculation: <i>8131442121376</i> N° CIN : <i>F141619131</i> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Adresse : <i>مکان مه من در بیان مولود</i> Montant des frais (Dhs) : <i>1400</i> Nombre de pièces jointées : <i>1</i>		خاص بالمؤمن له (لها) Nom et prénom : <i>Yousfi Abdellah</i> N° CIN : <i>14313191814</i> N° Immatriculation: <i>8131442121376</i> N° Affiliation : <i>14313191814</i> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Adresse : <i>مکان مه من در بیان مولود</i> Montant des frais (Dhs) : <i>1400</i> Nombre de pièces jointées : <i>1</i>		الاسم العائلي والشخصي : رقم الاتخاط : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * العنوان : مبلغ المصارييف (درهم) : عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant Bénéficiaire de soins : <i>Yousfi Abdellah</i> Nom et prénom : <i>Yousfi Abdellah</i> Date de naissance : <i>15/11/1931</i> N° CIN : <i>14313191814</i> Sexe* : <i>M</i> ذكر <i>F</i> أنثى		تصريح الطبيب المعالج Identification du médecin traitant N° INP : <i>0411172164</i> Type de soins		تصريح الطبيب المعالج Identification du médecin traitant N° INP : <i>0411172164</i> Type de soins	ال المستفيد من العلاجات الاسم العائلي والشخصي : تاريخ الإيداع : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس* :
Maladie* <input type="radio"/> مرض * Maternité* <input type="radio"/> امومة * Hospitalisation* <input type="radio"/> استشفاء * Accident* <input type="radio"/> حادث *		Pli confidentiel remis* : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Date de grossesse : <i>الـ ٢٠٠٢</i> Date prévue d'accouchement : <i>الـ ٢٠٠٢</i> Date d'hospitalisation : <i>الـ ٢٠٠٢</i> Date d'accident : <i>الـ ٢٠٠٢</i> Causes : <i>أسباب الحادث</i>		تم تقديم الظرف المغلق : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non تاريخ العمل : <i>الـ ٢٠٠٢</i> التاريخ المرتقب للهولدة : <i>الـ ٢٠٠٢</i> تاريخ الإستشفاء : <i>الـ ٢٠٠٢</i> تاريخ الحادث : <i>الـ ٢٠٠٢</i> أسباب الحادث : <i>أسباب الحادث</i>	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <i>الـ ٢٠٠٢</i> حزيران		أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المنكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables. Fait à : <i>الـ ٢٠٠٢</i> حزيران		أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المنكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables. Fait à : <i>الـ ٢٠٠٢</i> حزيران	
Le : <i>٢٠٠٢/٠٦/٢٠٠٢</i> في : <i>الـ ٢٠٠٢</i> توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		Le : <i>الـ ٢٠٠٢</i> في : <i>الـ ٢٠٠٢</i> توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		* أشطب الكلمة يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع	
NP : Identification Nationale du Praticien Cocher la mention utile pour chaque case vente de cet imprimé est formellement interdite					

Description des actes affectués

وصف العمليات المعرفة

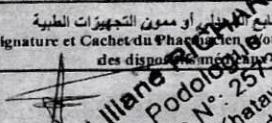
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

CIM-10

التي تم إثباتها في التجارب الطبية المعمولة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Descriptif des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع المخبر أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou du Gouverneur des dispositifs médicaux
30/12/19	1400 dh bilan podologique 1 paire de tenailles or 12 INP :	 Lilliane Podologique Patente N° 25719 19, bis Rue Al Khataway (1er Etage) Agdal - Rabat INP :
	INP :	
	INP :	
	INP :	

Actes Paramédicaux



مصحة النخيل
POLYCLINIQUE ANNAKHIL

• votre santé, notre priorité •

POLYCLINIQUE ANNAKHIL



140061912

Fès le 26 XII 19.

Yousfi Béchir

7 General self help.
par Béchir

Liliane RICHARD
Podologue
Patente N°: 25739534
19, Bis Rue Al Khatawate, App. 4
(1er Etage) Agdal - Rabat
Tél.: 061 43 33 37

Liliane RICHARD
Podologue
Patente N°: 25739534
19, Bis Rue Al Khatawate, App. 4
(1er Etage) Agdal - Rabat
Tél.: 061 43 33 37

FACTURE N°

8

M Yousfi.

M de Karim

RÈGLEMENT pour le

le 30/12/2019

EXACOMPTA

1	bilan podologique et statique.	100,-
1	partie de semelles orthopédiques type réflexe.	100,-
	total	200,-
Liliane RICHARD		
Podologue		
Patente N°: 25739534		
19, Bis Rue Al Khatawate, App. 4		
(1er Etage) Agdal - Rabat		
Tél.: 061 43 33 37		
TTE : 001678108000075		
Traitement pour la maine		
Conditions d'escampte pour paiement anticipé		

	60872097	06/02/2020	Payé en : 71 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 400,00	416,00	0,00	416,00
- 1	-	18/03/2020	Virement	-		1 400,00	416,00	0,00	416,00
60872022	06/02/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI HAMZA		1 400,00	416,00	0,00	416,00
- 1	-	17/02/2020	Virement	-		2 450,00	1 739,40	360,35	2 099,75
60446556	14/01/2020	Payé en : 34 jours		YOUSFI ABDELKARIM		2 450,00	1 739,40	360,35	2 099,75
■ 1	-	25/11/2019	Virement	-		400,90	120,00	5,00	125,00
■ 1	-	23/09/2019	Virement	-		469,20	166,37	32,06	198,43
■ 1	-	02/09/2019	Virement	-		1 141,00	648,70	155,81	804,51
■ 1	-	31/07/2019	Virement	-		393,00	141,70	9,96	151,66
■ 2	-	01/07/2019	Virement	-		2 234,60	661,21	114,85	776,06
■ 1	-	03/06/2019	Virement	-		12 300,00	5 240,00	16,00	5 256,00

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



Espace interactif



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app



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



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 ATTENTE DE PIECE 1	PAYE	NON PAYE 1
-------------	-----------------------	------	------------



Espace interactif

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	-	17/04/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00

MR MUSTAPHA YOUSFI
NO 13 R EGYPT RES IDRIS
AZHAR
FES
30000 FES PRINCIPAL

000060872097

Accusé de Réception

N° Réception : 60872097
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : YOUSFI MUSTAPHA
Immatriculation : 93422376 / 090085741
Nom et Prénom Bénéficiaire : YOUSFI ABDELKARIM
Rang Bénéficiaire : 31

Type dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM
Date et heure : 6/02/2020 11:40
Lieu de réception : FES 91217
Valeur du dossier : 1400,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE146

Code Etablissement :
Etablissement :