

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

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 tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W19-580799

ND: 44802

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8038

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

MESMOUSS

FONTA

Nom & Prénom :

MESMOUSS

Date de naissance :

11-12-1968

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adjudicataire 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

سم العائلي والشخصي:

الإثنا عشر:

التسجيل:

بطاقة التعريف الوطنية:

نقطة القرابة بين المستفيد والمؤمن له:

Nom et prénom : 10 ملاد

N° Affiliation : 13139134

N° Immatriculation : 9311422376

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

نوان: 13 دفعه ملاد بخطبة ١٤ اعانته حمود دروس

لغ المصارييف: 318 Dhs

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

مستفيد من العلاجات

سم العائلي والشخصي:

تاريخ الإزدياد:

م بطاقة التعريف الوطنية:

جنس*: ذكر أنثى F

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

ق.م الوطني الإستدلالي للمسارس: ع العلاجات

تقديم الظرف المغلق*:

تاريخ الحمل:

تاريخ المرتقب للولادة:

تاريخ الإستشفاء:

تاريخ الحادث:

بيان الحادث:

سر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر ب:
في:
توقيع المؤمن له (لها)

Fait à :
le
في:
توقيع طالبة التصريح العاملة في المؤسسة الصحة

Signature de l'assuré(e)

Instructions à suivre

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 le 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 la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف المسارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنة 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 رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التأمين
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع:

Description des actes effectués

صف العمليات المحرّاة

ملفات : الاحباء، الأشعة والصور

CIM-10

جُرُد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
s médicaux fournis

scription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و طابع الصيدلي أو مسمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	68,00	٦ ٠٢ ٢٠٢٠
INP :	INP 142052091	INP :
INP :		

INP: | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

ملفات : الاحباء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

بيان المساعدين للطبخ



ERRACHIDIA

Angle Rue Chenguit et Mohamed
El Korri, Errachidia centre



Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion](#) [Réinitialiser mot de passe](#) [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](#) [EN ATTENTE DE PIÈCE 1](#) [PAYE](#) [NON PAYE 1](#) [ACCORDE 1](#)

● 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	-	31/08/2020	Virement	-	1 707,25	703,16	81,00	784,16
62645859	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI ABDELKARIM	318,00	120,00	5,00	125,00
62645891	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI MUSTAPHA	778,35	324,98	39,42	364,40
62645704	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI ABDELKARIM	610,90	258,18	36,58	294,76
■ 1	-	17/04/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00
■ 1	-	18/03/2020	Virement	-	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

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

★★★★★

Espace interactif



Cabinet d'Ophtalmologie

Dr. MEGZARI Adil

Ophtalmologiste

Chirurgie de la cataracte - strabisme

Adaptation en lentilles de contact

Angiographie numérisée

Laser-OCT

ex. Médecin à l'hôpital des Spécialités de Rabat

Diplômé en Imagerie Rétinienne (Paris)

Diplômé en Chirurgie Réfractive (Besançon)

الدكتور مكزارى عادل

أخصائي طب وجراحة العيون

جراحة الجلاة. حول العينين

العدسات الاصصية

تصوير الأوعية المرقوم. الليزر

فحص الشبكية بالليزر

طبيب سابق بمستشفي الاختصاصات بباريس

شهادة جامعية في أمراض الشبكية (باريس)

شهادة جامعية في تصحيح النظر (الليزرا بوزونسون)

Monsieur Abdelkarim YOUSFI

Fès, le mercredi 26 février 2020

VITADROP COLLYRE

1 Goutte, 2 FOIS PAR JOUR, Dans les deux yeux, pendant 1 mois.

NAABAK COLLYRE

1 Goutte, 2 FOIS PAR JOUR, Dans les deux yeux, pendant 1 mois



Avenue Allal Ben Abdellah, Espace Rihab Fès
(Près Café Assouan) Imm. D. 2ème Etage Apt.21 - Fès

شارع علال بن عبد الله، قصبة رحاب فاس
(قرب مقهى أسوان) عمارقة الطابق الثاني، الشقة 21 - فاس

E-mail : ophtadil@hotmail.com - Téléphone : 05.35.93.08.08

