

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

entaire :

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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1003** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BAASIT BEN Abdellah**

Date de naissance : **12 Jan 1982**

Adresse : **230 Bd YOUSSEF Mansour Ksar el Kebir**

Al Mafar Ahd 8 Jaid El Boulouq, 10200

Tél. : **67037002** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur NC 64163793
CUOPS + cure**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

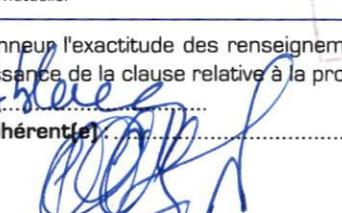
Nature de la maladie :

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'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 : **09/09/2011** Le : **09/09/2011**

Signature de l'adhérent(e) : 


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assuré app

■ (/portailapps/www/index.php/assures/authMeSante) ■ 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	ENREGISTRE 1	PAYE	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
- 1	-	29/12/2020	Virement	-	349,20	120,00	5,00	125,00
64880163	07/12/2020	X	Payé en : 22 jours	BENJELLOUN TOUIMI LEILA	349,20	120,00	5,00	125,00
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	2 250,00	600,00	75,00	675,00
64163793	22/10/2020	X	Payé en : 64 jours	BENJELLOUN TOUIMI LEILA	2 250,00	600,00	75,00	675,00
- 1	-	20/11/2020	Virement	-	425,90	120,00	5,00	125,00
64163753	22/10/2020		Payé en : 29 jours	BENJELLOUN TOUIMI LEILA	425,90	120,00	5,00	125,00
- 1	-	31/08/2020	Virement	-	530,30	120,00	5,00	125,00
62548742	21/07/2020		Payé en : 41 jours	BENJELLOUN TOUIMI LEILA	530,30	120,00	5,00	125,00

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

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 الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشترارة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في غرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، 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.

الإخطار 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.

توقيع وطابع التعاونية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :



ورقة العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de Longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)
خاص بالمؤمن له (لها)
الإسم العائلي والشخصي
رقم الاختراط :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
العنوان
العنوان
Dhs
Dhs
ابن
زوج
Conjoint
Enfant
العنوان
العنوان
Dhs
Dhs
عدد الوثائق المرفقة :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
Adresss
Montant des frais :
Nombre de pièces jointes :
Declaration du médecin traitant
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe* : M ذكر F أنثى
Identification du médecin traitant
N° INP
Type de soins
Admission ALD* :
N° dossier ALD* :
Code ALD :
Soins* ambulatoires علاجات خارجية
Pli confidentiel remis* :
Hospitalisation* استشفاء Date d'hospitalisation :
Tarih الاستشفاء
أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : le : في :
ني : توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)
Signature
INSTITUTION DU MÉDECIN TRAÎTANT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS
Dr. Ben Omar - Porte B 5
Bld Ibnou Nafiss Maârif
الرقم 022.99.34.147.16 Casab
* أشطب الخانة

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

العمليات، الأحياء، الأشعة والصور

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغفور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : 					
INP : 					
INP : 					

Actes Paramédicaux

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Plômé de la Faculté de Médecine de Montpellier



Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique

الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Prescription de kinésithérapie Casablanca, le

Casablanca le : 01/10/2020
Mme BENJELLOUN TOUIMI LEILA

15 séances de Kinésithérapie pour une lombarthrose :

- Renforcement des muscles abdominaux et spinaux
- Apprentissage du verrouillage lombaire
- Assouplissement lombaire par des mouvements de bascule du bassin
- Etirements des muscles ilio psoas, fessiers, quadriceps et ischio jambiers
- Apprentissage d'exercices d'auto rééducation (à faire quotidiennement à domicile)
- Proprioception

Fréquence = 3 X /Sem

Dr Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B - 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif Casa
Tél. 022.99.34.14 - 15

SALOUA BERRADA

KINESITHERAPEUTE

Res. El baida Imm J N° 23

2éme étage rue Abou Hassan Essaghir

Bd Yacoub El mansour Casablanca

Tél : 05 22 99 60 21

Casablanca Le 20/10/2020

FACTURE :

Je soussignée Mme Berrada Saloua, certifiée que Mme BENJELLOUNE ~~ceila~~
a subi ... 15 ... séances de rééducation pour ~~lombopathie~~

Total : $15 \times 150 = 2250,00$ DHS

Soit 15 x AMM9

Facture arrêté à la somme de ~~deux...mille...deux...cents...cinq...quarante...dix...huit~~

Planning des séances

01/10/2020	08/10/2020
02/10/2020	09/10/2020
03/10/2020	10/10/2020
05/10/2020	12/10/2020
06/10/2020	13/10/2020
	14/10/2020
	15/10/2020

*Saloua Berrada
Kinesitherapeute
Res. El baida Imm J N° 23
Bd Yacoub El mansour Casablanca
Tél : 05 22 99 60 21*

1/10/2020
17/10/2020
19/10/2020
20/10/2020

ICE : 001855590000055 PATENTE N° : 35806362

RIB : 190780212113169412001835 BP Agence TARIK AL JADIDA

Nb de séance	Jour	Date	Heure	Nb de séance	Jour	Date	Heure
	jeudi	01/10/2020	15 ^h 30		samedi	10/10/2020	15 ^h 30
	vendredi	02/10/2020	15 ^h 30		lundi	12/10/2020	15 ^h 00
	samedi	03/10/2020	12 ^h 00		mardi	13/10/2020	15 ^h 30
	lundi	05/10/2020	12 ^h 30		mercredi	14/10/2020	12 ^h 30
	mardi	06/10/2020	15 ^h 00		jeudi	15/10/2020	15 ^h 30
	jeudi	08/10/2020	15 ^h 30		vendredi	16/10/2020	12 ^h 30
Annulé	vendredi	09/10/2020	14 ^h 00		samedi	17/10/2020	10 ^h 00

En cas d'empêchement, veuillez prévenir. Merci



000064163793

Accusé de Réception