

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

Informations 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.

Orthopédie :

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

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.

Optique **70.00** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2479** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **ROCHDI M'hamed**

Date de naissance : **14-6-1955**

Adresse : **Résidence walili 2, rue de romane CASA**

Tél. **0621999896** Total des frais engagés : **1600.00** 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 :

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 : **6/5/21** Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 



Description des ordonnances

جريدة الوصمة

Description des actes

جريدة العمليات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP: []		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصورة

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 طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP: []					
INP: []					

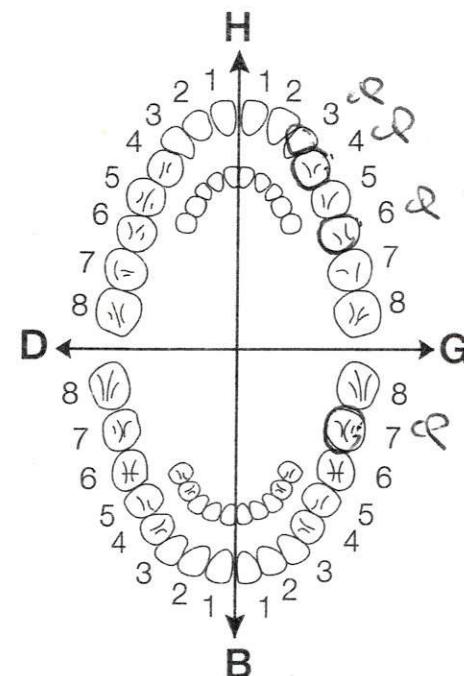
Actes Paramédicaux

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: []					
INP: []					

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
23	OB	01/4/16	D,2		60,-	
	cp.					
24	OB	03/4/16	D,2		60,-	
	cp.					
26	OB	06/04/16	D,2		60,-	
	cp.					
37	OB	08/4/16	D,2		60,-	
	cp.					

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

ok

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/autre/accueil) Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant sur 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 3	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	EN COURS DE PAIEMENT 2
-------------	--------------	--------------------------	------	------------------------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1 67256744	15/04/2021	BASSIR JAMILA	1 600,00	560,00	80,00	640,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ★★★★☆

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste :

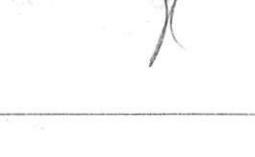
N° de l'INPE : **INPE: 094015807**

N° de l'ICE : **001703929000047**

N° de l'IF : **44414 850**

Dr. JAMIL AICHA
CHIRURGIEN DENTISTE
Rés. l'Ouâne, 42 Bd. Abdessalam
El Khattabi, Appt. 1201 - 1er Etage
Casablanca - Tel: 0522 80 08 36

Date

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المورّر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
23	06 CP	05/4/21	D ₁₂		400,-	
24	06 CP	03/4/21	D ₁₂		400,-	
26	06 CP	06/4/21	D ₁₂		400,-	
37	06 CP	08/4/21	D ₁₂		400,-	

Montant global : **1600,- Dhs**

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Signature et cachet

Adresse : **Dr. JAMIL AICHA**
CHIRURGIEN DENTISTE
Rés. l'Ouâne, 42 Bd. Abdessalam
El Khattabi, Appt. 1201 - 1er Etage
Casablanca - Tel: 0522 80 08 36

Téléphone : **05.22.80.08.36** . Fax :

E-mail :

MME JAMILA BASSIR
ANG R ROME R ARDESLAN
KHATIB 7
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000067256744

Accusé de Réception

N° Réception : 67256744
 (N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA
 Immatriculation : 93602296 / 090123522

Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA
 Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
 Date et heure : 15/04/2021 14:49
 Lieu de réception : CASA 90157
 Valeur du dossier : 1600,00
 Nombre de pièces : 2
 Code Agent : 9M6E380

Code Etablissement :
 Etablissement :