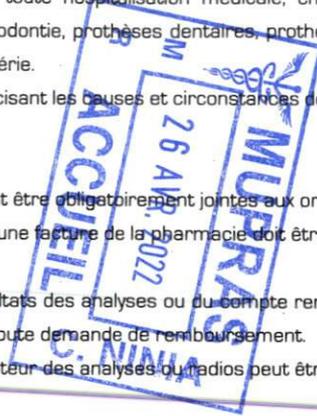


RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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.

Chirurgie :
En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° M21- 0056334

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1009 Société : RAM 143447
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : BAHAN Abdouhakim
 Date de naissance : 12/01/1970
 Adresse : 235 Bd Youssef el Maoufey Résidence Al Andalous
 IM 1512 APP 3 Casablanca 20200
 Tél. : 0610071011 Total des frais engagés : 221,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature] +2186163 du 16/01/22
 Date de consultation : Complémentaire
 Nom et prénom du malade : Complémentaire 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 : Le : Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Royaume du Maroc



Date d'édition : 26/01/2022 11:35:52

NOM BENJELLOUN TOUMI LEILA

235 RES EL ANFAL IMA 120

APPT 9 BD YASSOUR EL MANS

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

72186163

Date et heure : 26/01/2022 11:55

Nom et prénom Assuré :

BENJELLOUN TOUMI LEILA

Immatriculation :

9309272 / 0901818/5

Nom et prénom bénéficiaire/rang:

BENJELLOUN TOUMI LEILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90142

Valeur en Dirhams :

221,50

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

976629/

Nom Etablissement :

Information

REJET 1

PAYE

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	-	16/03/2022	Virement	-	709,70	340,20	77,76	417,96
72048817	19/01/2022	Payé en : 56 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	488,20	246,68	56,38	303,06
72186163	26/01/2022	Payé en : 49 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	221,50	93,52	21,38	114,90
☰ 1	-	29/11/2021	Virement	-	600,00	350,00	50,00	400,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](#)

☆☆☆☆☆

Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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 KHallil, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلاي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال 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).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **BENTELLOU TOLMI CAILA**
 Nom et prénom:
 رقم الانخراط:
 N° Affiliation:
 رقم التسجيل:
 N° Immatriculation:
 رقم بطاقة التعريف الوطنية:
 N° CIN:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة):
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*: Conjoint زوج Enfant ابن

الجمالي المصاريف (بالدرهم):
 Adresse: **209 AL KHALLIL MONTENAPOLÉON CASABLANCA**
 Montant des frais (Dhs):
 IM B12 APP 9 CASABLANCA

عدد الوثائق المرفقة:
 Nombre de pièces jointes: 2 221,70

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: **BENTELLOU TOLMI CAILA**
 Nom et prénom:
 تاريخ الازدياد:
 Date de naissance:
 رقم بطاقة التعريف الوطنية:
 N° CIN:
 الجنس*:
 Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلاي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج
 N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE):

Type de soins	نوع العلاجات
Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض*	تم تقديم الطرف المغلق*: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> امومة*	تاريخ الحمل:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*	التاريخ المرتقب للولادة:
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*	تاريخ الاستشفاء:
	تاريخ الحادث:
	أسباب الحادث:

حرر ب: **Casablanca**
 Fait à:
 Le:
 أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case * ضع علامة في الخانة المناسبة

توقيع وطابع التعاضدية Cachet et signature de la mutuelle

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