

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-712698

115516

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mohamed El Mehdi Dibouchi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

600,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/05/2022

C 2



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....
.....
.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000																			
	35533411																			
	11433553																			
	B																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

11:54


www.cnops.org.ma

**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**
Gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réfrérencia

INTRODUCTION CNOPS

ASSURÉ

EMPLOYEUR

CNOPS

Accueil > Application > dossier n°0

Accès à la signature | Remboursement | Profil de l'utilisateur | Monnaie | Menu

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale obligatoire, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de cette Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (des dossiers de maladie).

Information	EN COURS DE TRAITEMENT	FAYE	RETOUR POUR COMPLÉMENT	NON FAYE		
Nb Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4	-	-	5 129,00	2 582,00	406,00	2 740,00
X 71588906	06/04/2022	EL BOUSHIRAJA	600,00	270,00	18,00	288,00 X
74023489	29/04/2022	EL BOUSHIRAJA	2 918,00	1 100,00	303,00	1 900,00
74095626	06/05/2022	EL BOUSHIRAJA	561,00	222,00	68,00	440,00
73719028	13/04/2022	EL BOUSHIRAJA	1 109,00	520,00	0,00	520,00

Application mobile : SMART CNOPS - Assurez : Télécharger

Droits réservés à l'éditeur de ce site. Toute utilisation illicite sera

soit punie soit réprimée par la loi.

www.cnops.org.ma



التأمين الشامل عن المرض

Assurance sociale Obligation

N° Doss. : 131000

مدة تغطية : 01/01/2022

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL BOUILLI Leyla

353484

432.84.42.13
BC3001

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint

Enfant

Adresse : Résidence Amel Almouz, BL AY Blida
Alg 3211 CPT 14000

Montant des frais (Dhs) : 600,00 DHS

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du demandeur traitant

Bénéficiaire de soins :

EL Boulli Leyla

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

M ♂ F ♀

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

Autres

Pl confid. remis :

Oui Non

Date de grossesse :

Carrière d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

الاسم العائلي والذكور في الملف
L'adresse du patient / La date des admissions / sorties et les soins
Fait à : CASABLANCA le : 26/3/2022 par : M. A. M. N.

أخرى تضمن أية وصفة للمريض التي يمكنها تغيير
la date des admissions / sorties et les soins

Fait à : le : 26/3/2022 في : م. A. M. N. العالى او المكتوب بخطه

ل�单独使用或
由单人单独使用或
par une seule personne ou
par événement

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales correspondances 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 votre moindre dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sans qu'il y ait traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les vingt (20) jours qui suivent la fin du traitement.

Les remboursements des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Ces risques pris aux dépendants du patient, en échanges professionnels ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de faux déclarations pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

Remboursement de remboursement prévu par les CNOPS doit s'abstenir au respect des conditions mentionnées et de ce qui précède.

Identifiant de l'agent :
Date de dépôt du dossier :

EL BOUIHI RAJAA

Femme

Âge:43

Date de Naissance:05/12/1978

Date du Rapport: 24/03/2022

Testeur:

Commentaires du rapport:

OTOSuite®

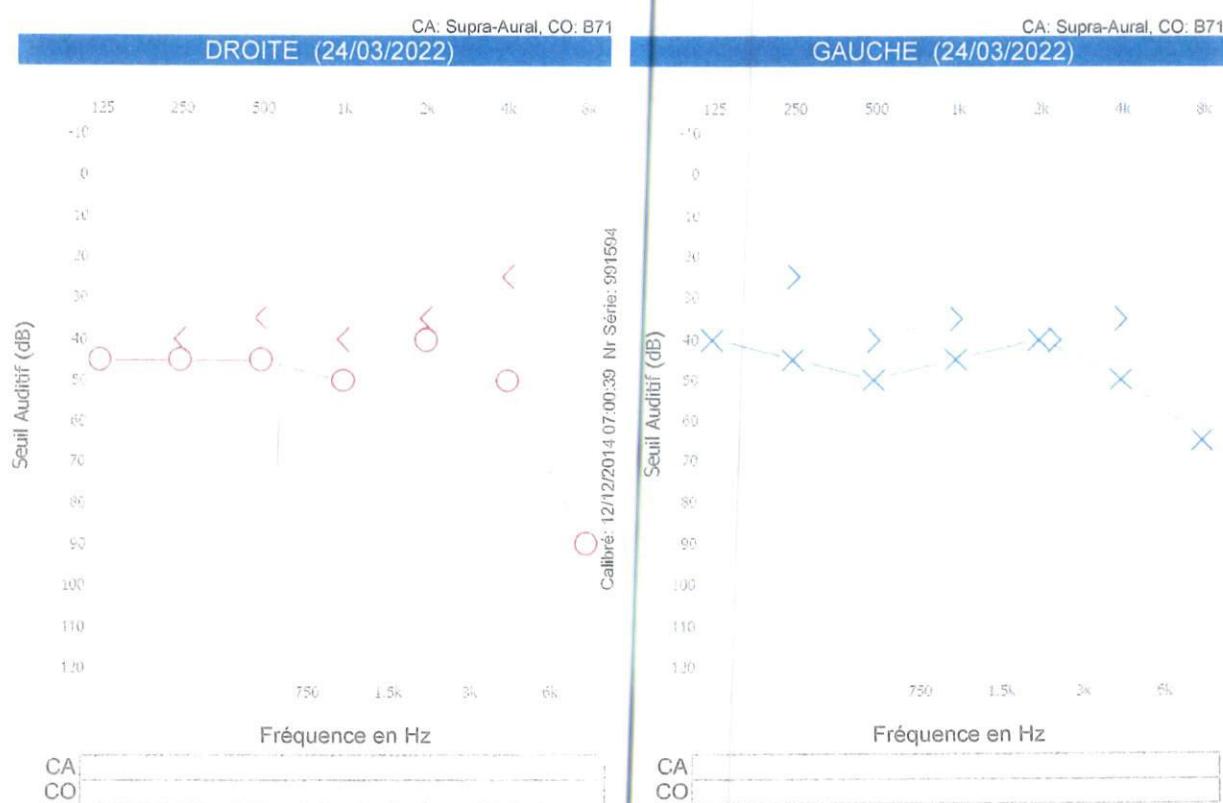
Docteur Mostapha DETSOULI

Praticien d'oto-chirurgie et ORL

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formateur spécialisé Aporoofondie en O.R.L.

Diplômé de Chirurgie ORL



Multi Weber

250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	45	36	
G	45	38	

Légende

G	D	Masqué
[]	[]	CA
[]	[]	CO
[]	[]	CL
[]	[]	MCL
[]	[]	UCL
[]	[]	NR
PTA	CA: 500, 1k, 2k	
	CO: 500, 1k, 2k	
Méthode		
Aud :		

Signé par:

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الرقبة
أستاذ جامعي بكلية الطب - سايبا
شيكارة تشخيصي وعلاج سرطان المخالق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 21/10/2022
الدار البيضاء، في

FACTURE :

Nom-Prénom : EL BOUIHI RAJAA

Examen : AUDIOGRAMME

Montant : 600,00 DH+

TOTAL : 600,00 DH

Pr. M .DETSOULI

Pr Mostafa DETSOULI
- Otorlino - Laryngologie
- Cancérologie

120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca
Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com