

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 21979	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI M'hammed		
Date de naissance : 14-6-1953		
Adresse : Rond Point Alali, rue de		
Ville : SAÏA	Total des frais engagés : 699,00 Dhs	
Tél. : 0621999896		

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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Age: <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : ACCUEIL
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 : 11/1/23 Le : 11/1/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

Accueil > Application > assure app

(<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/auth/documents>)

Remboursements (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#remboursements>)

Prises en charge (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#prisencharge>)

Immatriculation (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#immatriculation>)

Menu ▾ (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)



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 (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

ENREGISTRE 3 (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

EN COURS DE TRAITEMENT 2 (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

PAYE (<https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php/assures/forms/#>)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 409,60	381,42	0,00	381,42
78318961	30/12/2022	BASSIR JAMILA	699,00	152,00	0,00	152,00
78318946	30/12/2022	BASSIR JAMILA	710,60	229,42	0,00	229,42

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

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATEB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier : 78318961 Date et heure : 30/12/2022 11:26

Nom et prénom Assuré : BASSIR JAMILA

Immatriculation : 93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90138

Valeur en Dirhams : 699,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE156

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Expertise Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدكتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

د. النفسانية

خريجة كلية الطب ببردو

محلقة لدى المجالم

بالدعا

0661.152-11

N° B285 جم 2

: 99,00

13 DEC. 2022

مبلغ

S.V.

1 كم متر

3 160929 905095

PTADMA
Ancien Bâtiment
23 Bis Rue Saitonique
Tel : 05 22 85 43 95
Fax : 05 22 81 53 37
R.C. : 05 22 81 53 37
E-mail : lmed5@hotmaiil.com

Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre Psychothérapeute
42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Casablanca Tél : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

42، زنقة طرابلس (المورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء

42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca

الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

fax : 05 22 22 81 34

Description des actes effectués

وصف العمليات المحارة

CIM - 10

جريدة الوعصات التي تم تنفيذها والتحذيرات الطبية المعمونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٣/١٢/٢٢	99.٠٠	 PHARMACIE 28 Bis Rue de Salomé Angle Tél : 05 22 85 42 90 Fax : 05 22 83 83 15 E-mail : lmed5@orange.fr
	INP : [REDACTED]	 C
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عوامل الأجهزة، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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 Khaili, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

مقدمة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد باصابة المستفيد بمرض مزمن أو لهول الأداء، كما تستعمل فقط بالنسبة للحالات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طولية الأداء.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات ولا فإنه من المضبوط إيقاع نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالاداء بتنازل التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالاداء بتنازل الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوظيفي الاستدلالي لمؤمني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتبعها في حالات الشهرين الموالين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أيام 60 يوماً ابتداءً من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقووبة بغير حق دون الاحلال 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 على www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل صنف 209 الرباط.

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____ تاریخ الإيداع : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

موج رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0664991000

دشان العويس

Nom et prénom : BASSIR JANILA

N° d'affiliation : 182166

N° immatriculation : 913216012296

N° CIN : BI 084734

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

Adresse : RUE DE KONG Rue AL KHATTABI, B.P. 209, RABAT, MOROCCO

Montant des frais (Dhs) : 699,00

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : BASSIR JANILA

العنوان : 040619162

الموعد : 182166

رقم بطاقة التعريف الوطنية : BI 084734

الجنس* : ذكر امرأة

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمؤمني الصحة
و مؤسسات العلاج

091128116

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD* : قبول المرض المزمن :

oui non

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* : تم تقديم الظرف المغلق :

oui non

Hospitalisation* : تاريخ الاستئصال :

Date d'hospitalisation : _____

Fait à : 13/12/2012 حرر : Dr. SEMCI

Le : 13/12/2012 في : Dr. SEMCI

نحو : Dr. SEMCI

تصريح ببيان صحة المعلوم المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessous suivantes être véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثيقة وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصادرة

إثبات وثائق وصورة توقيع الطبيب المعالج</p