

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0041283

159281

Matricule : 4549

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : BERDAI Mohamed

Autre :

Date de naissance : 22/07/58

Adresse : 81 Rue Larache APP18 casab

Tél. : 0661/163375 Total des frais engagés : 543,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément Remboursement e NOPS

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Me BAKKACI Fadoua Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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;

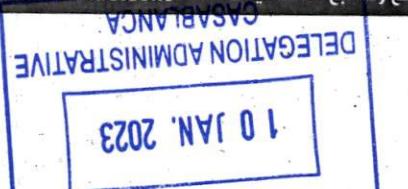
Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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 KHали, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، الخ...).

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

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج ويaci مهني الصحة وتوقيعهم وخطتهم بالإضافة إلى تاريخ إجزاء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تنتهي إليها خلال الشهرين الموليين للتاريخ إجزاء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبرحاج المبالغ المقوضة بغير حق دون الالتم 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).

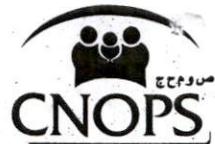
للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق على www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين توقيع اسمهم ورقم بطاقةتعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق، الكائن في: 4 زنقة الخليل من بـ 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire



رقم الهاتف (اختياري): خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

BARKALI FADOUA

N° Affiliation :

112183

N° Immatriculation :

5515998843

N° CIN :

A169156

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

Conjoint زوج Enfant ابن بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Adresse :

81, Rue Larache APP18 Res Meryem
Hay Essalau CASABLANCA 20210

Montant des frais (Dhs) :

543,00

Nombre de pièces jointes :

04

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom :

Barkali Fadoua

Date de naissance :

16/12/1957

N° CIN :

A169156

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

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

INPE: 091169466

الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة
و مؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* مرض *

Maternité* امومة *

Hospitalisation* إستشفاء *

Accident* حادث *

Pli confidentiel remis* : oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Fait à : 03/01/2013

Le : 03/01/2013

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

حرر بـ :

في :

أشهد بصحة

كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-avant.

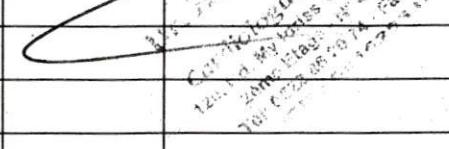
Cardiologue

Interventionnelle

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	متحفظ وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
02/01/2023	03			300,00	
					

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات

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 style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin: 0 auto; display: inline-block;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin: 0 auto; display: inline-block;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin: 0 auto; display: inline-block;" type="text"/>					

Ma Situation

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

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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
- 2	-	02/03/2023	Virement	-	1 794,30	924,01	141,59	1 065,60
	78539242	12/01/2023	Payé en : 49 jours	BAKKALI FADOUA	1 251,30	553,91	94,21	648,12
	78539864	12/01/2023	Payé en : 49 jours	BAKKALI FADOUA	543,00	370,10	47,38	417,48



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجية كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

03 janvier 2023

Mme BAKKALI FADOUA

811016 x 3

FIBROCARD LP 240 mg , Gélule
1 gélule par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

S.V

6 118001 070701

30 gélules

Réadaptation Aéro

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss
2ème Etage - N°4 CASABLANCA
Tel: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20
ICE : 001625537000091

6 118001 070701

30 gélules

Aero

6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Réadaptation Aéro

BAKKALI ,FADOUA

ID:

DDN:

..
Femme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

03/01/2023 08:53:20

FC: 73 BPM
Int PR: 175 ms
Durée QRS: 84 ms
QT/QTc: 400/426 ms
Axes P-R-T: 72 -11 61
RR Moy: 817 ms
QTcB: 442 ms
QTcF: 427 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL FILAHI Aissa
Cardiologue Interventionnelle
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss Ier - Résidence My Idriss
28mo Edge - N° 1 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 88 20 78
E-mail: hind.filahi@casablanca.ma
Signé par:
Date:

