

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

- Réclamation : 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAY
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ROCHI EL HACED
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Residence Meknès 7, rue de l'ame
Tél. 0621999896 Total des frais engagés : 710,00 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

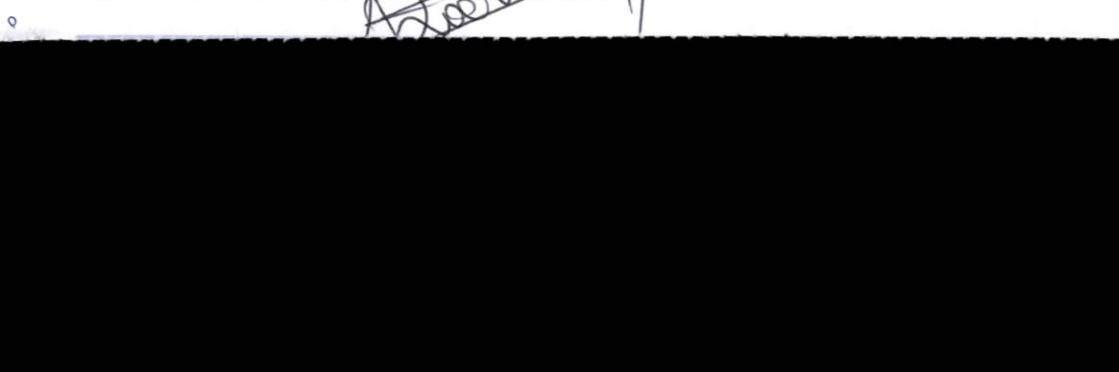
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 04/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : ROCHI





Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)      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 3	EN COURS DE TRAITEMENT 3	PAYE	
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO
3	-	-	1 605,10	579,09
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09
				Mutuelle
				Total
			643,28	64,19
			240,00	30,00
			253,60	24,60
			149,68	9,59

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



Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances 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 mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل

تجنب إرافق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية وصفات طبية. فوانتير، نتائج فحوص الأشعة أو لمختبر).

جب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من
طرف المعارضين على كل ورقة علاج.

جـب إـرـفـاق وـرـقـة التـعـلـيـمـاتـ الـخـاصـةـ بـالـأـدوـيـةـ

يجب تقديم ورقة إعلمامات و الوثائق الإثباتية إلى
اللهمادية التي تتبعون إليها في
ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما
مدة في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً)
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة
الوطنية المرجعية.

لأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

مِنْ نِبْتٍ عَلَيْهِ غَشٌّ أَوْ تَصْرِيفٌ كَاذِبٌ لِلْإِسْتِفَادَةِ
مِنْ خَدْمَاتِ غَيْرِ مُسْتَحْقَةٍ، سِيِّعَاقِبٌ طَبْقًا لِلْمُسَارِ
الْقَانِنِيَّةِ.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنفعت
الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	Date de dépôt du dossier :	Numéro de dossier :
		
		

 CNOPS N° Bordereau :	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée	0664491000 Réf ANAM 1.1.02.01	التأمين: إجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم
---	---	---	---

Declaration du médecins traitant		نظام الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :	BASSIR JATILA	
Date de naissance :	01/06/1982	
N° CIN :	13101849224	
Sexe* :	M <input checked="" type="radio"/>	F <input type="radio"/>
	ذكر	إناث
	الجنس	

Identification du médecin traitant	تعريف الطبيب المتعالج	
N° INP	DS441984416	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins	نوع العلاجات	

Admission ALD* :	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	قبول المرض المزمن :
N° dossier ALD* :	<input type="radio"/>	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	، قد المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : <u>Casablanca</u> حرب : <u>10/10/2013</u></p> <p>le : <u>10/10/2013</u> في :</p> <p>توقيع المؤمن له (لها) <u>Signature de l'assuré (e)</u></p>	<p>أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <u>Casablanca</u> حرب : <u>10/10/2013</u></p> <p>Casablanca <u>10/10/2013</u> في :</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المسئول الطبي <u>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</u></p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins <u>10/10/2013</u> 03 22 00</p>
---	--

description des actes effectiés

卷之三

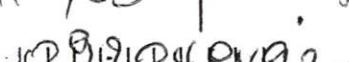
CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

新編增補古今圖書集成

Description of the prolonged plateau phase of the polymerization curve

أعم الصيدلي أو معون التجهيزات

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مuron المجهول الطبي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21-2-2013	110,60	   <p>PHARMACIE L'ANNOIE 12, rue Casablanca L'Annoie 06 22 80 88 07 05 00217913000081</p>
		
		

Actes Paramédicaux

• 2000 RELEASE UNDER E.O. 14176

MME BASSIR JAMILA
ANG R ROME R ARDESLEM
KHATB 7
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier : 79996209 Date et heure : 27/03/2023 12:10

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 90129

Valeur en Dirhams : 710,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :

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 الأراضي العقلية
و النفسية
خريجة كلية الطب ببوردو
محلقة لرى المصالح
بالدعا

ن^o Basir Jemla

21 FEV. 2023

Sertraline 50

1 capsule

110,6

Sertraline GT* 50 mg
30 comprimés pelliculés
doses à 50 mg

6 118000 330189

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

Trait 1 mois

RC: 318383 IGE 00217913000087
① Tel: 06 00 06 07 08
Rue de Romme 22 85 3 85
78, Rue Salomon de Rothschild
Dr. Mohammedia (ex. Lamoricière) Casablanca
HAKIMAGIE LMA

42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarabrousse (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
الفاكس : 05 22 22 81 34