

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.

M22- 0047317

156163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2479 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RACHID Hammoud

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Avenue Khalid Ben Ali, n° de rive SASA

Tél. : 0621999896

Total des frais engagés : 400,00 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 :

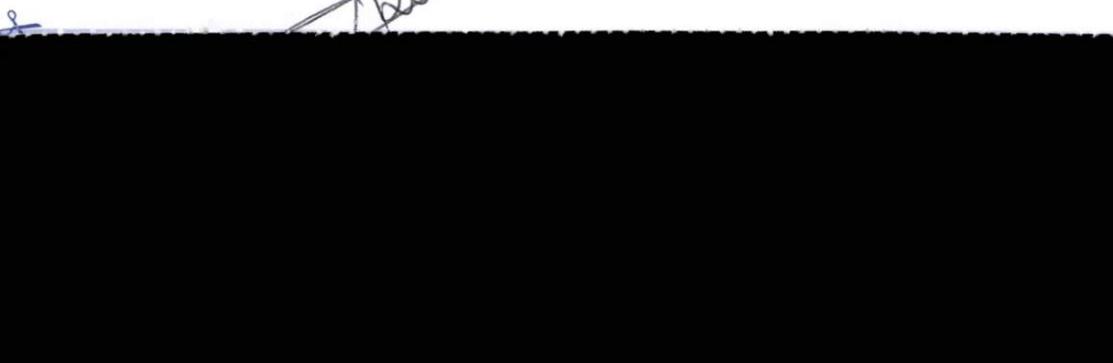
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 AVR 2023

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)





Ce plugin n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/MeSituation](#) 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 3	EN COURS DE TRAITEMENT 3	PAYE
3	-	-	1 605,10
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10

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

Instructions à suivre

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

La feuille de soins doit porter le code INPE du praticien, ainsi que son cachet, sa signature et la date des actes ;

L'obtention d'une entente préalable de votre mutuelle est nécessaire pour certaines prestations. Visitez le site de la CNOPS ou votre mutuelle pour plus d'informations;

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. Pour l'orthodontie, le délai est de 60 jours après la fin de chaque semestre. Une entente préalable est nécessaire pour le premier semestre;

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 Khalil, B.P 209- Rabat .

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وظابع التعاضدية

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

تاريخ الإيداع : _____

تعليمات يج ب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها، كما يجب إرفاقها بجميع الوثائق الأصلية المضوربة (الوصفة الطبية والفاوئير والرقم التسلسلي للدواء، الفحوصات الإشعاعية عند الاقتضاء...).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرمز التعريفي الوطني لمهني الصحة المعالج INPE الخاص بطبيب الأسنان إضافة لتوفيقه وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتعين الحصول على الموافقة المسبقة للتعاضدية بخصوص بعض علاجات الأسنان. ولهذا الغرض، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني للصندوق أو التعاضدية للمزيد من المعلومات.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية خلال الشهرين الموللين لتاريخ إجراء أول عمل طبي و في حالة تقويم الأسنان، يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء كل أسدس علاج و يجب طلب الموافقة المسبقة للتعاضدية قبل الشروع في أول أسدس علاج.

يعاقب بغرامة ويترجع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الأخذ 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 للإلكتروني www.cnops.org.ma

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدن تدوين اسمهم و رقم بطاقة تعرفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زققة الخليل من بـ 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم



Entente Préalable موافقة مسبقة *

Exécution تنفيذ *

N° du Tél (optionnel): 06 64 99 1000

خاص بالمؤمن (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : _____

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : ANGUS Rue de Rome Rue العنوان :

ABDESSALAM AL KHATTABI WELLAITY M. 8 CHA

Montant des frais (Dhs) : 400,00 إجمالي المصاري (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : _____

تاريخ الإزدياد :

Barak JAMIL 04/06/1988

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

B 1584734

الجنس * :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin dentiste

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة و مؤسسات العلاج

094908489

نوع العلاجات

Soins* : علاجات : Prothèse* : تغويض الأسنان :



تغويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F* : تقويم الأسنان والفكين : Autres* : علاجات أخرى :



علاجات أخرى :

N° Entente Préalable : رقم المعاقة المسبقة :

في حالة حادث يرجى تحديد مايل

En cas d'accident précisez : تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

La date de l'accident : _____

Les causes de l'accident : _____

Fait à : _____	حرر ب : _____	Le : 23/03/2013	في : _____	حرر ب : 23/03/2013
توقيع المؤمن (ة)	أشهد بصحة	_____ Signature de l'assuré (e)	كل ما ذكر أعلاه	أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أدناه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.				

* Cocher la mention utile pour chaque case

Yemanu kiliya biyyu hadha mabroum يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

ضع علامة في الخانة المناسبة

Description des ordonnances

جريدة الوصفات

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الاحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Actes Paramédicaux

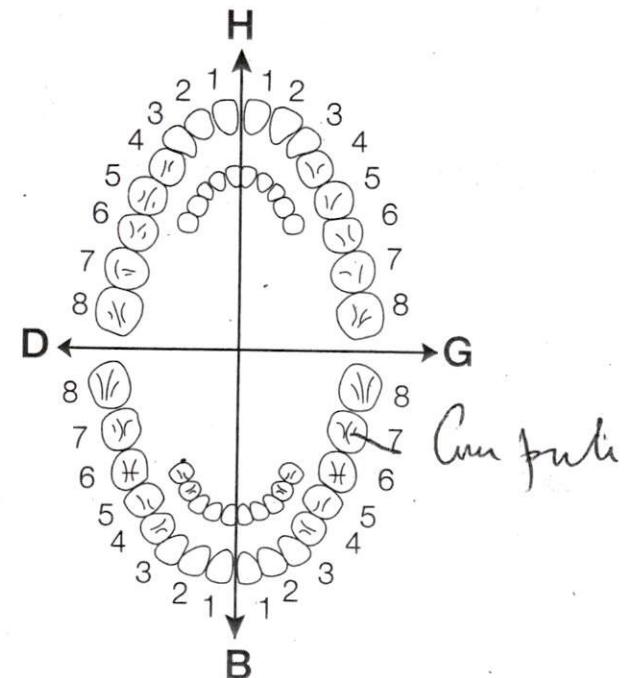
معلمات المساعدین الطبیین

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: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>					

Description des actes

وصف العمليات

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المhraة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملتهاطبقاً لدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATIB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

79996144

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 :

400,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



Docteur BELLAMINE Abdelaziz

Docteur en Chirurgie Dentaire

IMPLANTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

300, Rue Mostapha El Maâni

(Face Rond-Point Mers-Sultan)

2^{ème} étage - CASABLANCA

Tél.: 05 22 26 42 94 / 05 22 27 84 49

GSM : 06 61 18 96 83

Casablanca, le ... 20 . 3 . 2023

الدكتور بلال مين عبد العزيز

طبيب جراحي للأسنان

نزع الأسنان

خريج كلية الطب بتلوز

300، زنقة مصطفى المعاني

(قبالة رانبوان مرس سلطان)

الطبقة الثانية - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 42 94 / 05 22 27 84 49

المحمول : 06 61 18 96 83

الدار البيضاء، في

Bassir Jami .

37 Egypte .

فراتي سنت DR

~~Dr. BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
300, Rue Mostapha El Maâni
tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49~~