

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.

M23- 0027699

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) .

Matricule : 12985 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADJI MOUSSA

Date de naissance :

28.09.1983

Adresse :

RAM

Tél. : 0662104297

Total des frais engagés : 12300,00 A Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Age:
 Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 05 OCT 2023



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

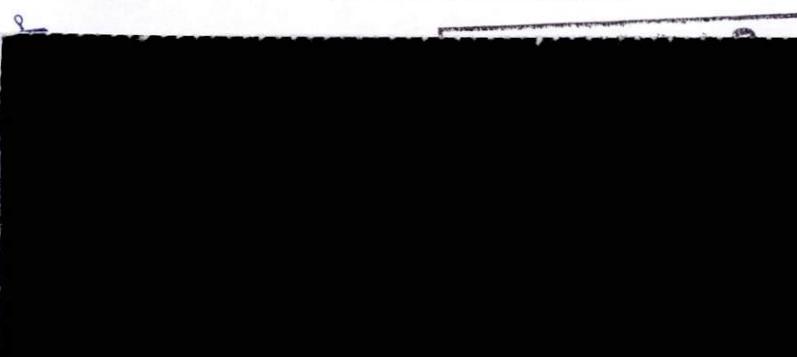
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



Instruction à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغطية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable*

تنفيذ
Exécution*

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمومن له (ها)

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.03.01
مرجع رقم

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : ABDELAOUI AMAL

390165

رقم الإخراط : 432915858

BH350261

رقم التسجيل : علاقه القرابة بين المستفيد والمومن له *

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

العنوان : lotissement Hanoue 16 N9 1
C1 Sidi MAAROUF CASABLANCA 1

مبلغ مصاريف (درهم) : 3000 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 11

نصرح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : Abdellaoui Amal

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس * :

Identification du Chirurgien dentiste

الرقم الوطني الإسلامي للممارس :

نوع العلاجات :

علاجات :

تعويض الأسنان :

نقويم الأسنان والفكين :

علاجات أخرى :

رقم المرافقة المسبقة :

في حالة حادث يرجى تحديد مالي :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : حرب : في :

le : في :

توقيع المومن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : حرب : في :

le : في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج الموقعة المصادقة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Description des ordonnances

جريدة الوصفات

تاریخ التفیذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصنلنی او ممون التجهیزات الطبیبة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : 					
INP : 					

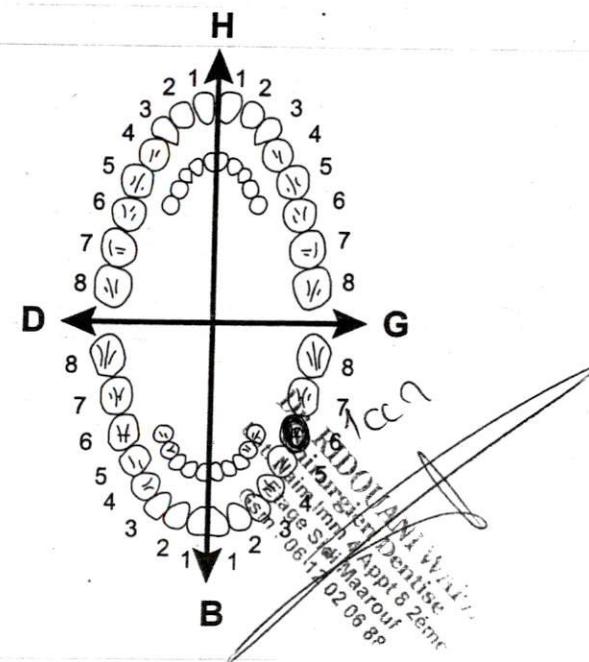
Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

التاريخ العمليات Date 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"/>					

Descri⁺

وصف العد



CABINET DENTAIRE SPÉCIALISÉ



DR. Wafa'a Ridouan

CHIRURGIEN DENTISTE SPÉSIALISTE

DR. WAFAÀ RIDOUANI

الدكتورة وفاء الرضوانى

جامعة الألسن

العلاج التجميلي للأسنان . تبييض (ترميم...)

زناع الأسنان والجراحة

أمراض الله
أدوية الأسان

تقدير الأسنان

- Dentisterie esthétique (Blanchiment + Hollywood smile + Facettes dentaires + Soins esthétiques ...)
- Prothèses
- Chirurgie et implantologie
- Parodontie
- Orthodontie

الدار البيضاء ، في 30/08/23 CASABLANCA , LE

FACTURE

je soussigné D^r R. Louani wofso
certifie avoir réalisé pour Abdelloua
Amd une prothèse dentaire
et ce au prix convenu et réglée en
especes de 3000 francs

LOT NAIM N°M 4 APP B-2 EME ETAGE SIDI MAAROUF CENTRE COMMERCIAL AL AMRAT

٩- بذله البتائم عمارة . الطائف اعلى شفه فم دالسو عماره . سد شفه فم دالسو عماره .

0612 020688

06-59 64 51 16

ridwaf@gmail.com

0612 020688

06 59 64 51 16

ridwaf@gmail.com





Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

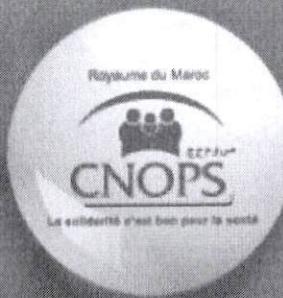
REJET 2

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	Motif
2	-	-	5 300,00	0,00	0,00	0,00	
64925121	09/12/2020	ABDELLAOUI AMAL	2 300,00	0,00	0,00	0,00	
82727230	01/09/2023	ABDELLAOUI AMAL	3 000,00	0,00	0,00	0,00	

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★

[Accueil](#)[Action ▾](#)[Fr](#)

Numéro : 9377393

Statut : Cloturée

Naissance concerné : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

Entité responsable : Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

	Détail	Pièce jointe	Date
natique	-		28/09/2023
e	Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc		20/09/2023

Bonjour,

Faisant suite à votre requête, j'ai le regret de vous informer que votre dossier de maladie dentaire N°82727230 a été transmis au Département du contrôle médical de la Mutuelle OMFAM, la décision du Médecin Contrôleur était défavorable et définitive pour motif que les couronnes Céramo-céramiques ne sont pas prises en charge par la CNOPS(dent 36).

Salutations.

Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

20/09/2023

Madame, Monsieur,

Nous portons à votre connaissance que vous avez reçu une réponse se rapportant à votre réclamation de références :

Numéro :

9377393

les couronnes Ceramo-céramiques ne sont pas prises en charge par la CNOPS (dent 36).

Salutations.

reçu Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc 20/09/2023
Madame, Monsieur,
Nous portons à votre connaissance que vous avez reçu une réponse se rapportant à votre réclamation de références :

Numéro :
9377393

Objet de la réclamation
Dossier n:82727230 rejeté

Message :
Bonjour,
en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaître les raisons de ce rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

Nous vous invitons à vous rendre sur notre plate-forme Suivre ma réclamation pour prendre connaissance de la réponse, puis à confirmer la clôture de la réclamation ou la ré-ouvrir.

Nous vous informons qu'en l'absence d'une réaction de votre part dans un délai de 7 jours, la réclamation sera clôturée automatiquement.

Nous vous remercions d'avoir utilisé ce service.
Cordialement.

reçu Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc 20/09/2023
ساليفي ، سيدني ،
تحمليكم على تلقيكم إجابة بخصوص شكاكم المنسوبة تحت رقم

الرقم :
9377393

موضوع الشكوى
Dossier n:82727230 rejeté

عن شكاكم :
Bonjour,
en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaître les raisons de ce rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

تحمليكم على إتمام إعلان شكاكم بشكل ظاهري خلال فترة 7 أيام إذا لم تلقي أي ملاحظات من طرفكم

ستوري، سيدى،

تحببكم علمًا أنكم طفتم إجلة بخصوص شكایتكم المسجلة تحت رقم

الرقم :

9377393

موضوع الشكایة

Dossier n:82727230 rejeté

عن الشكایة :

Bonjour,

en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaitre les raisons de ce rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

نحن ندعوكم لزيارة بوابة الشكايات تتبع شكایتكم لاتصال على المواب، ومن ثم إغلاق الشكایة أو إعادة فتحها
تحببكم علمًا أنه سيتم إغلاق شكایتكم بشكل تلقائي خلال فترة 7 أيام إذا لم تلقى أي ملاحظات من طرفكم

شكراكم على استعمالكم لهذه الخدمة

مع تحياتنا

Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

20/09/2023 08:51

Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

18/09/2023 13:01

Par le demandeur

18/09/2023 13:01

	Pièce jointe	Coordonnées	Statut / Actions
9377393 ujet : 18/09/2023 13:02 sier n:82727230 rejeté Bonjour, en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaitre les raisons de ce rejet et comment puis-je faire pour le corriger .		abdellaoui amal ✉ : amal.abdellaoui1@gmail.com	Closurée ✉