

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-611512

61142

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 2028 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rayon

Nom & Prénom : 7 Edouard Rayon

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Youssef Boukharrouf Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Declaracion de maladie N° W21-611512

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure

Matricule :

Nom de l'adhérent(e)

Total des frais engagés

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 le praticien 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 la CNOPS 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الاحتمار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : 065528118 N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : محمد بن محمد
N° Affiliation : 113181814
N° Immatriculation : 01311412131416
N° CIN : 1111111111
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☒
Adresse : 1111111111
Montant des frais : 1111111111 Dhs
Nombre de pièces jointes : 1111111111

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : محمد بن محمد
Date de naissance : 1111111111
N° CIN : 1111111111
Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1111111111
Type de soins نوع العلاجات
Maladie* ☐ مرض* Pli confidentiel remis* Oui ☐ Non ☒
Maternité* ☐ أمومة* Date de grossesse : 1111111111
Date prévue d'accouchement : 1111111111
Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation : 1111111111
Accident* ☐ حادث* Date d'accident : 1111111111
Causes : 1111111111

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : 1111111111
le 1111111111

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : 1111111111
le 1111111111

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

Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - Fès

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

CIM-10			
--------	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة السعائل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					



مصحة الأطلس - فاس
Polyclinique Atlas - Fès



ORDONNANCE

Docteur :

DRAARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - Fès

Fès le : 08/12/2020

Abdelkrim Yousfi

167,40 x 2

Nedizopin 5mg



012654

08/12/2020

334,80

4pt

le soir

DR 03no 15

BERMADE ASSALAMAH
IDRISSI Najia
05 35 62 13 04

DRAARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - Fès

POLYCLINIQUE ATLAS
Rue de Sétou - Fès
Tél : 05 35 64 01 23 / 24 - 05 35 64 16 97
Fax : 05 35 90 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89
E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com
ICE : 001915534000012

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sétou - Fès

Tel : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 90 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012

LOT: 030
PER: NOV 2022
PPV: 167 DH 40

MEDIZAPIN® 5mg
30 comprimés ○



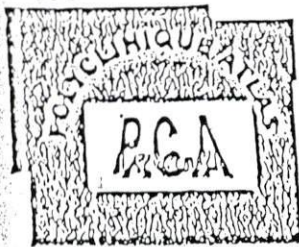
6 118001 150946

LOT: 030
PER: SEP 2022
PPV: 167 DH 40

MEDIZAPIN® 5mg
30 comprimés ○

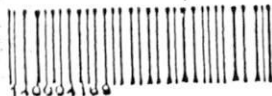
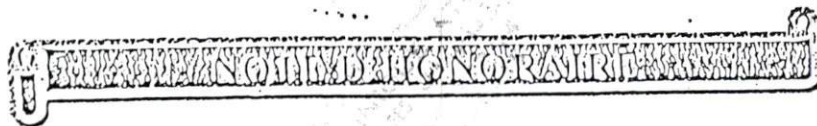


6 118001 150946



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

RD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES



FES LE 02/12/2022

NOM :

PRENOM :

HONORAIRES DR

o 350.00 DHS (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE

Route de Sefrou, Fès V.N. Tél. : 0535 641697/0535 641123/24 Fax 0535657969

CH33: 1294303 - Patente : 13 24 41 02 - Id. Fisc. : 04 500 667
ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas08@gmail.com

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect)
  Ma Situation
  Remboursement
  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

PAYE

ACCORDE 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	-	01/02/2021	Virement	-	1 855,80	113,06	198,93	311,99
65023385	14/12/2020	Payé en : 49 jours		YOUSFI ABDELKARIM	793,00	462,10	77,88	539,98
65023453	14/12/2020	Payé en : 49 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 062,80	650,96	121,05	772,01
5	-	03/11/2020	Virement	-	2 477,00	267,28	244,67	511,95
1	-	14/10/2020	Virement	-	1 038,40	615,05	112,84	727,89
1	-	05/10/2020	Virement	-	719,50	390,35	61,48	451,83
3	-	31/08/2020	Virement	-	1 707,25	703,16	81,00	784,16