

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0053810

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MUPRAS est située : Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة  
Entente Préalable

تنفيذ  
Exécution

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ..... الإسم العائلي والشخصي : BOUHAIK Saïda

N° Affiliation : ..... رقم الانخراط : 28031148

N° Immatriculation : ..... رقم التسجيل : 91521771405

N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية : BLBH1148

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* ..... علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : ..... العنوان : 64, bd Abdou Mouminou, Sidi Maouf

Montant des frais (Dhs) : ..... مبلغ المصاريف (درهم) : 500 chs

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins ..... المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... الإسم العائلي والشخصي : BOUHAIK Saïda

Date de naissance : ..... تاريخ الازدياد :

N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : ..... الجنس\* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP ..... الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 094008513

Type de soins ..... نوع العلاجات

Soins\* : ..... علاجات :

Prothèse\* : ..... تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F\* : ..... تقويم الأسنان والفكين :

Autres\* : ..... علاجات أخرى :

N° entente Préalable : ..... رقم المرافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : ..... في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

La date de l'accident : ..... تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : ..... أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : ..... حرر بـ : 30

le : ..... في : 23

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وأمانة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر بـ : 23

le : ..... في : 23

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement le soins

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

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع صراحة كل بيع لهذا المطبوع



جرد الوصفات

<b>تاريخ التنفيذ</b> Date d'exécution	<b>الـثمن المفعول</b> Prix facturé	<b>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</b> <b>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</b>
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	

## Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

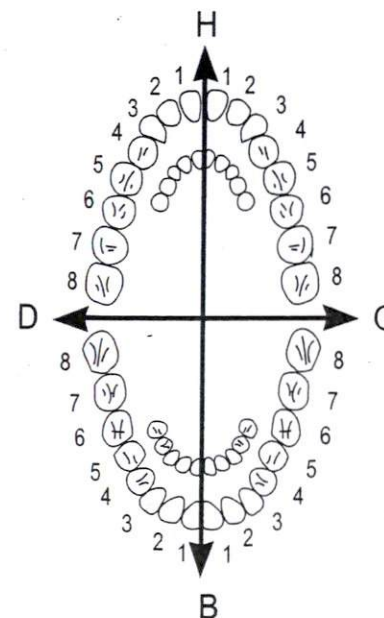
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][					

### Description des actes

## وصف العمليات

أسنان معالجة Dents traitées	تاريخ العمليات Dates des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
- C2	2020	D5	- #2000DH		
+ Radier panoramique	mémoriser	D15	#3000DH		
Tout à faire pour D.H.					

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً 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.





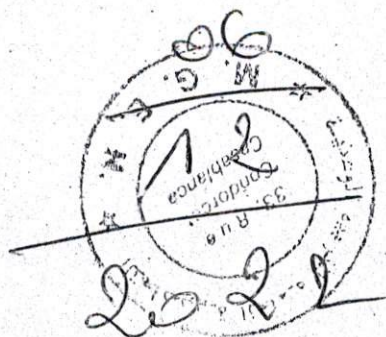
En vertu de l'article 73 de la loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, la CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 42 de la loi 65-00, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires les dossiers de maladie.

Information	ENREGISTRE 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	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
67172515	12/04/2021	Payé en : 23 jours		BOUHAİK SAİDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours		BOUHAİK SAİDA	860,00	26,00	0,00	26,00
3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
65490966	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAİK SAİDA	300,00	120,00	5,00	125,00
65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAİK SAİDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAİK SAİDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
64628725	23/11/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAİK SAİDA	650,60	248,66	34,41	283,07
2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAİK SAİDA	814,70	576,90	5,00	581,90
64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAİK SAİDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
1	-	02/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
63750871	30/09/2020	Payé en : 33 jours		BOUHAİK SAİDA	500,00	128,00	24,00	152,00
6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
63505679	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAİK SAİDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours		BOUHAİK SAİDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAİK SAİDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAİK SAİDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69

13 Dossiers payés

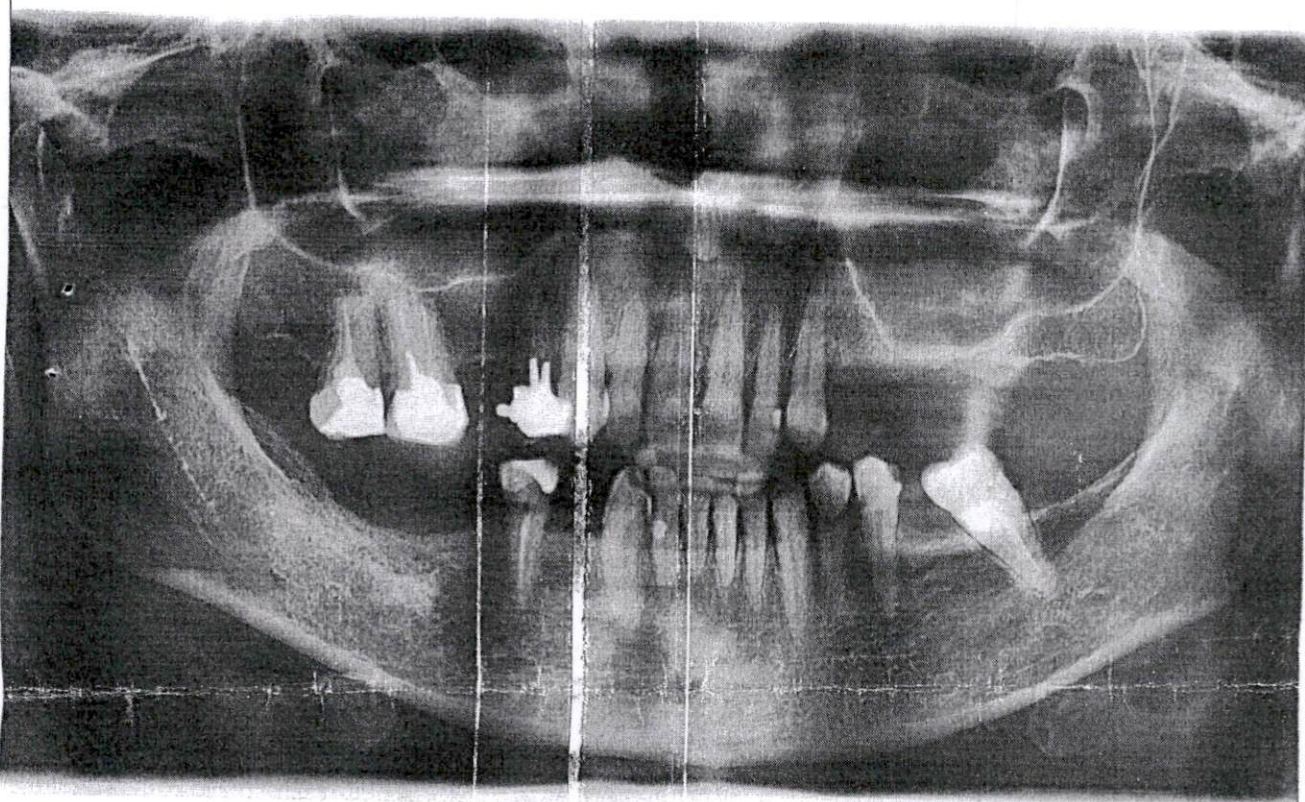




06/02/2020

Chart No: 20200107\_105413

Name: BOUHAÏK SAÏDA Gender: Femme Age: 64Y



Ratio: 100,00% 73[kVp] 12[ma] 1,256 dGyCm<sup>2</sup>[DAP] Panorama Standard 07/08/2020

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd. de l'Indépendance  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél: +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd. de l'Indépendance  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél: +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

# NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : Dr KARIM

N° de l'INPE : 094 008513

N° de l'ICE : 001804538000089

N° de l'IF : 16484609

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

Date 07-08-2020

M. BOUHHI Saïder

أسنان معالجة Dents traitées	رمز المعالجات Valeur Clé	تاريخ المعالجات Dates des actes	معامل المعالجات Lettre clé + Cotation NGA	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفواتير Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
-	C2	07-08-2020	D5	#2000H		
+ Radio panoramique			D5	#3000H		
numérique						

Montant global

Mode de paiement

☐ Espèces

☐ Chèque

Signature et cachet

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Fax :

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

Dr. Karim