

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

M22- 0053810

Optique Autres

AL10001

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5242

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Veuve Mme Boughou

Nom & Prénom : Boughouk Saida veuve Boughou

Date de naissance : 16/07/1955

Adresse : 64 lot Assalamia Sidi Maâoul Chabaa
Rue 28

Tél. : 06 41 73 41 71 Total des frais engagés : 500 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) : 



Instructions 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 التعاقدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :

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.

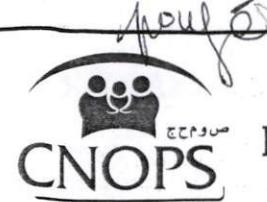
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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

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

موافقة مسبقة
Entente Préalable*

تنفيذ
Exécution*

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم الانحرافات :

N° Affiliation :

رقم التسجيل :

N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Bouchra Ait Soltane

العنوان :
العنوان :

Montant des frais (Dhs) :
مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes :
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإزدياد :

Date de naissance :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :
الجنس :

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

019401085113

Type de soins

Soins* :

Prothèse* :

Orthodontie et O.D.F* :

Autres* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précisez :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

MGEN
23 CCP 2020

CASABLANCA

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

Fait à : حرر :

le : في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقتي وصادق المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر :

le : في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة المعنية

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

description des ordonnances

جريدة الوصفات

تاریخ التنفیذ Date d'exécution	النحو المفتوح Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

العمليات الإحصائية، الأشعة و الصور

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

Actes Paramédicaux

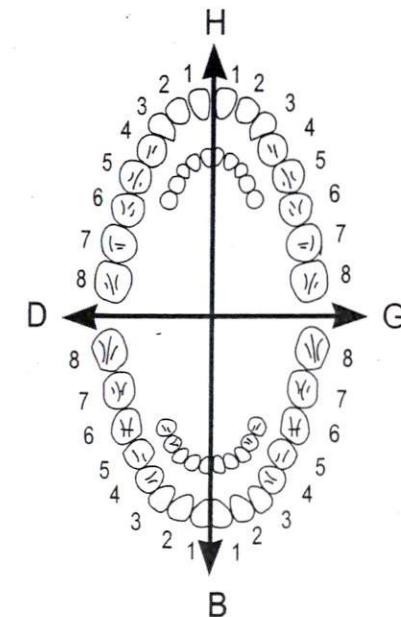
الطبين المساعدات عمليات

تاریخ 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

Description des actes

وصف العملات

أسنان معالجة Dents traitées	نوع العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
-	C2	15/02/2020	MAROC	- #200000		
+	Radier Pénétrante liquide	15/02/2020	MAROC	#300000		
	numérique					
<i>Total # - Cet est tout Daf-</i>						



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المgorاة مع تحديد طبيعة العلاجات و هذا 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 85-00 portant code de la Couverture maladie de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 89 de la loi 86-01, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

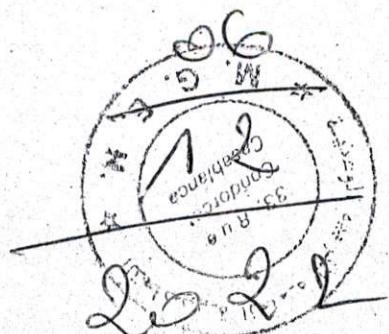
Information	ENREGISTRE 1	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1	
-------------	--------------	------	--------------------------	--

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	BOUHAIK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
	67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	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	BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
	65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
	65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	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	BOUHAIK SAIDA	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	BOUHAIK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
	64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	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	BOUHAIK SAIDA	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	BOUHAIK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
	63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours	BOUHAIK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
	63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69

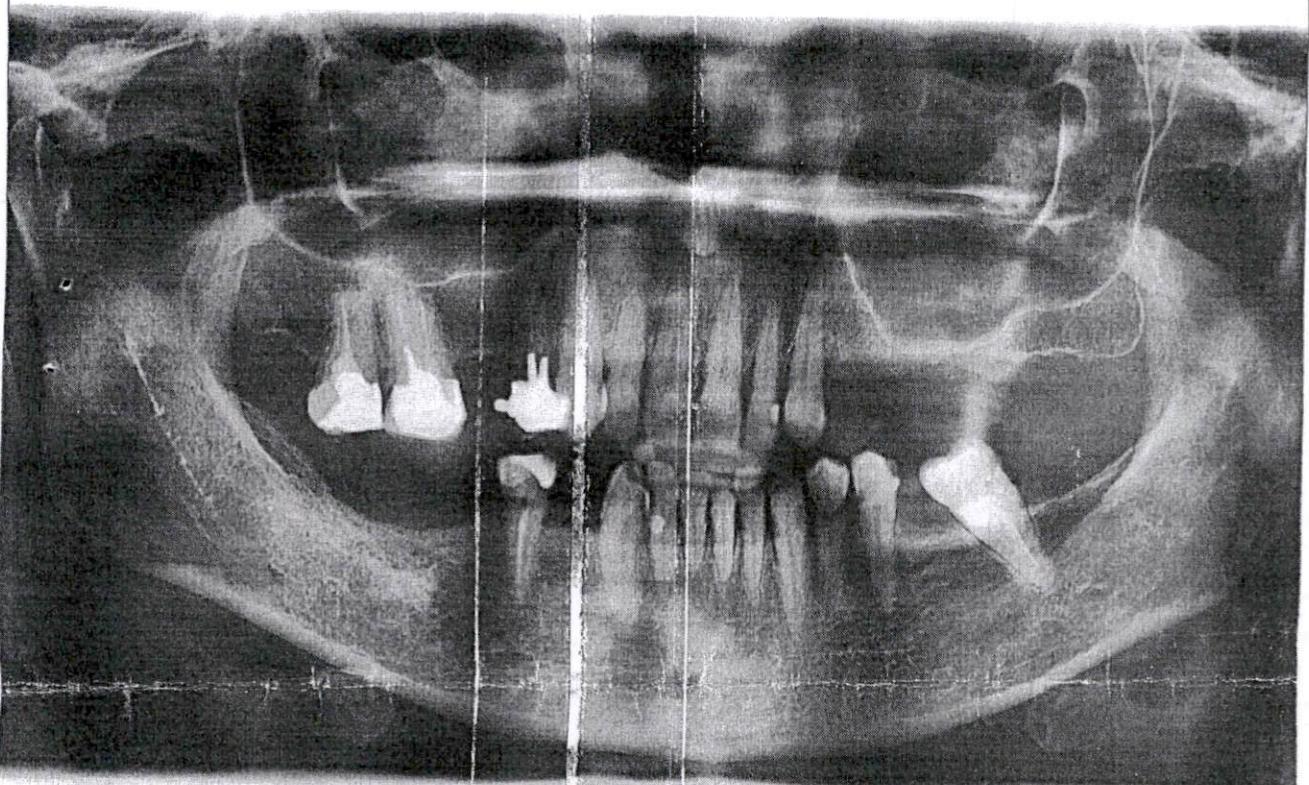
17/09/2020 Date de l'émission 10:11:47 AM 2020 Date de la dernière mise à jour 17/09/2020 17/09/2020 17/09/2020

13 Dossiers payés



06/02/2020

Chart No: 20200107_105413
Name: BOUHAIK SAIDA Gender: Femme Age: 64Y



Ratio: 100,00% 73[kVp] 12[mA] 1,256 dGyCm²[DAP] Panorama Standard 07/02/2020

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue Angle Bc & Jods
California - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75, +212 522 787 687

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue Angle Bc & Jods
California - 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 00 8513

N° de l'ICE : 00 180 45 38 00 00 89

N° de l'IF : 16 4 84 609

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

أسماء المعاينات Dents traitées	رمز المعاينات Valeur Clé	تاريخ المعاينات Dates des actes	بيان المعاينات Lettre clé + Cotation NGAP	نوع المعاينات Valeur Clé	المبلغ المورّض Montant facturé	توقيع دليان طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
-	07.08.2020	-	-	C2 - DS	#20000	+ Roelio Pemorencijit 015 #30000
+ Roelio Pemorencijit 015 #30000						
Numériquie						

Montant global :

✓ Cinq cent DT #

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Signature et cachet

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

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

Fax :