

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |                                       |                                  |             |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Matricule :                    | 6609                                  | Société :                        | RAM         |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | EL Houssein |
| Nom & Prénom :                 |                                       | ECH-CHADLI                       |             |
| Date de naissance :            |                                       | 01/07/1952                       |             |
| Adresse :                      |                                       | 50 Rue leonard de Vinci DB GRALF |             |
| CASA                           |                                       |                                  |             |
| Tél. : 06 61 25 02 55          |                                       | Total des frais engagés : Dhs    |             |

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Complémentaire*

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SERHANE Ralha Age : 1949

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

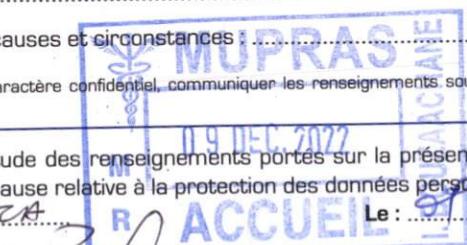
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'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 : 11.12.2022

Signature de l'adhérent(e) :





Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



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

Accueil &gt; Application &gt; assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/autorisation)    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   | PAYE              |                    |               |               |               |          |          |          |
|---|-------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|----------|----------|----------|
| <b>ⓘ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</b> |                   |                    |               |               |               |          |          |          |
| Nb.Dossier(s)   | Date de réception | Date Paiement      | Mode Paiement | Bénéficiaire  | Frais engagés | AMO      | Mutuelle | Total    |
| - 1   | -                 | 15/11/2022         | Virement      | -             | 3 000,00      | 1 700,00 | 340,00   | 2 040,00 |
| 76288215  | 15/09/2022        | Payé en : 61 jours |               | SERHANE RABHA | 3 000,00      | 1 700,00 | 340,00   | 2 040,00 |

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

Docteur ABDELKHALEQ SALWA

الدكتورة سلوى عبد الخالق

CHIRURGIEN DENTISTE

طبيبة جراحة للأسنان

Diplômée de F.M.D.C

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le 12.12.2012.....  
الدار البيضاء في

SERLINE RASHE

1/ Loto permis

Jr. Salwa ABDELKHALEQ  
Chirurgien Dentiste  
Rue Ibnou Mounir Résidence Azzarka  
117, Rue Ibnou Mounir - 3ème étage - Appt. N° 25 - Maarif  
Casablanca - Tel.: 05 22 25 81 26

117, زنقة ابن منير، إقامة الزرقاء - الطابق الثالث - الشقة رقم 25 - المعاريف - الدار البيضاء  
117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzarka - 3ème étage - Appt N°25 - Maarif - Casablanca

Tél : 05 22 25 81 26

Docteur ABDELKHALEQ SALWA

الدكتورة سلوى عبد الخالق

CHIRURGIEN DENTISTE

طبيبة جراحة للأسنان

Diplômée de F.M.D.C

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le ... 12 / 5 / 22 ... الدار البيضاء في

facture

la patiente S.E.R.H.A. RABIE  
a été payé la somme de  
3000 dirhams au stellier médical.

M. Salwa ABDELKHALEQ  
Chirurgien Dentiste  
Résidence Azarka  
N° 25 Maârif  
Rue Ibnou Mounir  
N° 25  
Etage Appart. N° 25  
Tél : 05 22 25 81 26

117, زنقة ابن منير، إقامة الزرقاء - الطابق الثالث - الشقة رقم 25 - المعاريف - الدار البيضاء  
117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzarka - 3ème étage - Appt N°25 - Maarif - Casablanca  
الهاتف : 05 22 25 81 26



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

## Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مراجع رقم 1.1.03.01

موافقة مسبقة  
Entente Préalable

تنفيذ  
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SERHANE RABHA . . . . .  
 رقم الانخراط : 1446499  
 N° Affiliation : 432216437  
 N° Immatriculation : 8190430  
 N° CIN : . . . . .  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : . . . . .

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : 50 Rue lénard de vinci DERR CHALLEF العنوان : . . . . .  
 CASABLANCA . . . . .

Montant des frais (Dhs) : 3000 Dhs مبلغ المصاري (درهم) : . . . . .

Nombre de pièces jointes : 02 عدد الوثائق المرفقة : . . . . .

### Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : SERHANE RABHA . . . . .  
 تاريخ الازدياد : 1120549  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8190430  
 الجنس \* : امرأة  F  ذكر  M

### Identité du chirurgien dentiste

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 5081904301

نوع العلاجات

علاجات : . . . . .

تعويض الاسنان : . . . . .

تقويم الاسنان و الفكين : . . . . .

علاجات أخرى : . . . . .

رقم المراقبة المسبقة : . . . . .

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي : . . . . .

تاریخ الحادث : . . . . .

أسباب الحادث : . . . . .

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه . . . . .

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus avant : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA . . . . .

العنوان : . . . . .

النوع : . . . . .

الموعد : . . . . .

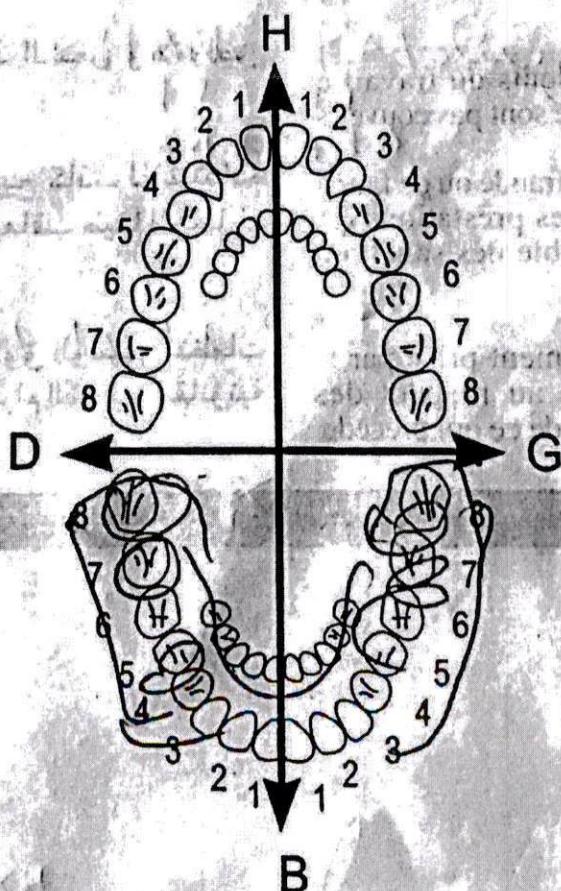
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة المعالجة

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

Signature de l'assuré (e)

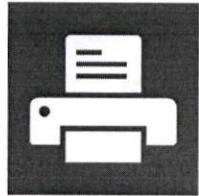
\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\*\* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخاتمة \*



على الطبيب تحديد السبب: المعالجة، العملية الجراحية 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



## Page de test d'imprimante Windows

Votre HP LaserJet Professional M1132 MFP est installé correctement sur VAIO.

### PROPRIÉTÉS DE L'IMPRIMANTE

Heure d'envoi : 13:01:21  
Date : 06/12/2022  
Nom d'utilisateur : VAIO\Echchadli  
Nom de l'ordinateur : VAIO  
Nom de l'imprimante : HP LaserJet Professional M1132 MFP  
Modèle d'imprimante : HP LaserJet Professional M1132 MFP  
Prise en charge des couleurs : Non  
Nom(s) de port : USB002  
Format de données : IMF  
Nom de partage de l'imprimante :  
Emplacement de l'imprimante :  
Processeur d'impression : HPM1210PrintProc  
Commentaire :  
Emplacement de la page de séparation :  
Environnement du système : Windows x64  
d'exploitation :

### PROPRIÉTÉS DU PILOTE D'IMPRESSION

Nom du pilote : HP LaserJet Professional M1132 MFP  
Type de pilote : Type 3 - Mode utilisateur  
Version du pilote : 1.0.1.19178

### FICHIERS SUPPLÉMENTAIRES UTILISÉS PAR CE PILOTE

C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\hpm1210su.ent  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\hpm1210su.ver  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\hpm1210sd.sdd  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\HPM1210PP.dll  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\HPM1210GC.DLL  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\M1217TestPage.prn  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\M1210TestPage.prn  
C:\WINDOWS\system32\spool\DRIVERS\x64\3\M1130TestPage.prn