

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.

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.

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



Déclaration de Maladie
N° M20- 0002742

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6609 Société : Ram 140281
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ECH-CHADI EL Houssein
Date de naissance : 01/07/1952
Adresse : 50 Rue Leonard de Vinci DB CHAUF
CASA
Tél. : 0661350255 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Comte Benane

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : SERHANE RABHA 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 : 09/12/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/automatique)  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

PAYE

❗ 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
- 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

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômée de F.M.D.C

الدكتورة سلوى عبد الخالق

طبيبة جراحة للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le 12/09/2021... الدار البيضاء في

SERNAME RABLO

1/ 2021 permiue

Dr. Salwa ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
117, Rue Ibnou Mounir Résidence Azarka
3ème Etage Appt. N° 25 Maarif
Casablanca - Tél : 05 22 25 81 26

117, زقة 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

Docteur ABDELKHALEQ SALWA

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômée de F.M.D.C

الدكتورة سلوى عبد الخالق

طبيبة جراحة للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

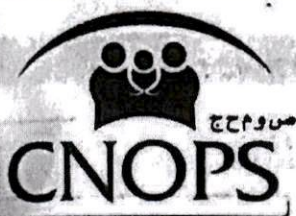
Casablanca, le 12/09/22... في الدار البيضاء

Facture

Le patient SERGE RAHLE
a bien payé la somme de
3000 de par l'état mobile

ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
Résidence Azarka
N° 25 Maarif
Rue Ibnou Mounir
117, Rue Ibnou Mounir
Appartement N° 25
Tél : 05 22 25 81 26

117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzarka - 3ème étage - Appt N°25 - Maarif - Casablanca
117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzarka - 3ème étage - Appt N°25 - Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 25 81 26 : الهاتف



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1,1.03.01 مرجع رقم

موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمرضى (4)

Nom et prénom : SERHANE RABHA : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 146499 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 432216437 : رقم التسجيل

N° CIN : B190430 : 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 Leonard de Vinci DERB CHALLEF : العنوان

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 3000 DHS : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 02 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SERHANE RABHA : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 12/05/49 : تاريخ الازدياد

N° CIN : B190430 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ذكر F أنثى : الجنس*

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 80541414161 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

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 : 12/09/2022 : 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-dessus.
أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

le : 12/09/2022

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : CASABLANCA

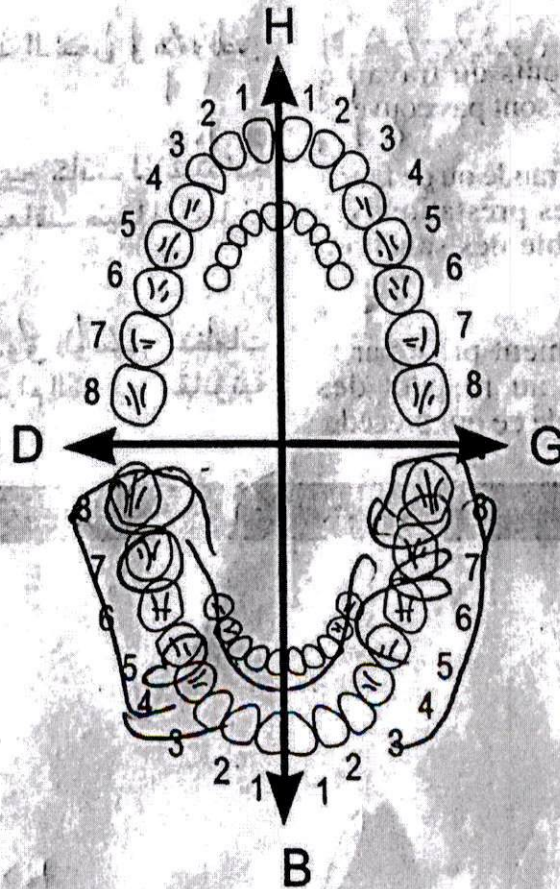
le : 12/09/2022

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

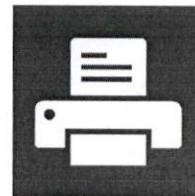
- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

CIM - 10



Scanned with CamScanner



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 d'exploitation :	Windows x64

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