

COMPLEMENT

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-549869

144598



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 05444

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMDOUN Abdelhadi

Date de naissance :

06 110 1 1962

Adresse :

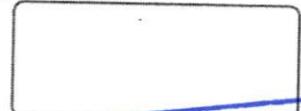
HARIZUELLE

Tél. : 06 74 88 40 82

Total des frais engagés # 1196,70 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

CM MUPRAS 12 JAN. 2023

Age:
Conjoint
Enfant

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

ACCUEIL

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

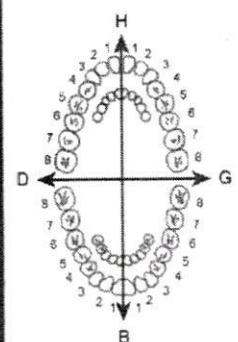
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
26533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	R



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">26533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	26533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
26533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
G														
00000000	00000000													
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

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 التغاضدية

Identification de l'agent :

تعليمات يجب اتباعها

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.

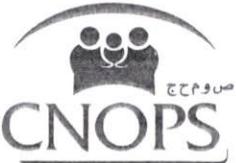
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

أمين الإيماري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.03.01
 رقم

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SNOUSSI KARIMA

2182021

N° Affiliation : 4321448419

BH84530

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse : MAZOLA RUE 6 NR 58 B APP 11
HAY HASSANI CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : # 1196,70 #

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Mme SNOUSSI KARIMA

1968

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ○ ذكر ○ F ○ أنثى ○

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

094182680

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 :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : CASABLANCA

حرر بـ : 06/10/2021

في : 06/10/2021

صرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessous sincères et vérité

Fait à : CASABLANCA

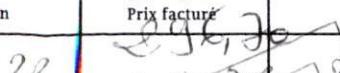
حرر بـ : 06/10/2021

في : 06/10/2021

description des ordonnances

جريدة الوصفات

وصف العمليات

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facture	توقيع و طابع المتبني أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux
٢٦/١٢/٢٢	٣٩٦,٣٠	
 <p>INP : 092030840</p> <p>Signature and Cachet of the Pharmacist and/or Suppliers of medical devices</p>		

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

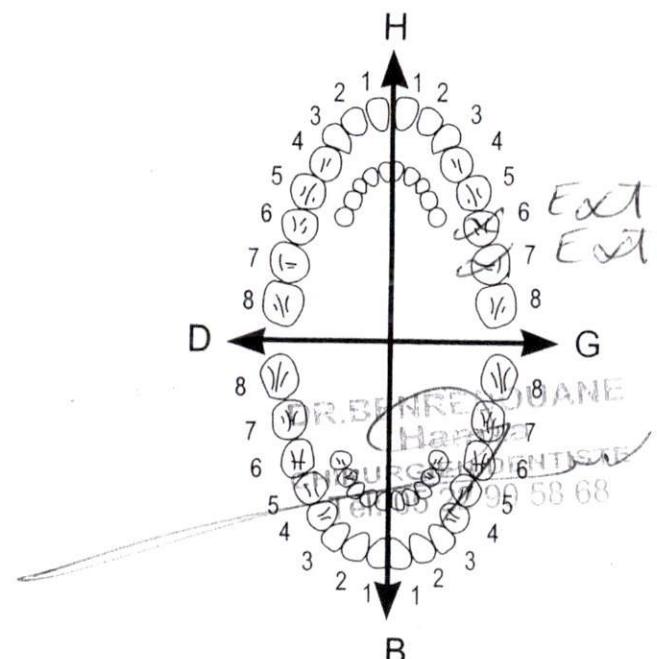
التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>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

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدين عمليات

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					

Description des actes



BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
6 118000 060567

BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
6 118000 060567

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
6 118000 190349

DIFAL® 50 mg
Boîte de 30 comprimés
13973 12 26

20 04 23
LOT UTAV
SOKAPHARM 48 P.P.C.
50

Perio KIN
Gel

Lot / Batch:
 / Exp.:

DR. Hamza BENREDOUANE

Soin dentaire - Prothèse - Parodontie
RVG - Blanchiment - Implantologie.



د. حمزة بن رضوان

علاج و تعويض الأسنان - علاج أمراض اللثة
فحص بالأشعة - تبييض - زراعة الأسنان.

Casablanca le : 06-10-2022

Mme Nouroussi KARIMA
1020582-2020582-1-
1 - Biodogyl 1cp 281J 8Jm
un. 20
2 - Difad 50mg 1cp 281J 5Jm
48,50
3 - PerioKine gel 3,81J 6Jm
1-194,70
+102,00
11296,70

Route Moulay Thami, Acharaf 2 . Gh 6 Imm 2, 1er étage app 6, Oulfa - Casablanca.

طريق مولاي التهامي، الشرف 2 . GH 6 عمارة 2، الطابق الأول الشقة 6، الألفة - الدار البيضاء.

Tél. : 0522 90 58 68 / GSM : 0663 01 47 05



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

EN COURS DE TRAITEMENT 2

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

i 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	-	29/12/2022	Virement	-	1 196,70	410,64	104,56	515,20
76994985	24/10/2022	Payé en : 66 jours		SNOUSSI KARIMA	1 196,70	410,64	104,56	515,20
- 1	-	01/12/2022	Virement	-	548,50	364,84	76,36	441,20
76541315	29/09/2022	Payé en : 63 jours		SNOUSSI KARIMA	548,50	364,84	76,36	441,20

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

