

# 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 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 |

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

N° W21-809575

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KARROUNI Rihita

Date de naissance :

10/03/1985

Adresse :

Tél. : 66695785

Total des frais engagés : 540,80

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

JASON MARIA

Age: 4

Nom et prénom du malade :

JASON MARIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

complément de dossier

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

07 JUIL. 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CARABANCA

Le : 07/07/23

Signature de l'adhérent(e) :



## Adresses Mails utiles

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

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

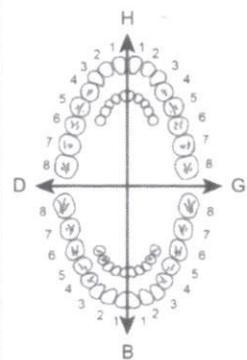
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

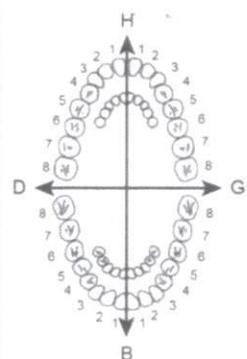
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFF.  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## 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.

## 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 المشترارة وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماضدية 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 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 رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tarifage le : .....  
Signature : .....  
.....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JAIDOUNI

55222

710604

AB111927

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  Enfant ابن  العناوين : Résidence El Meraouia BD Chabab Inbi 46, Apt 4, 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 540,80DH

Nombre de pièces jointes : 1

## Déclaration du médecin traitant

### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : JAIDOUNI

MARIE

5811118

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* : M  ذكر  ابنة F

## Identification du médecin traitant

N° INP

057027279

## Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* : Oui  Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Date d'hospitalisation :

Accident \*

حادث \*

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : Casablanca  
le : 01/04/2023

في : .....  
توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca  
le : 01/04/2023

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant / Cachet et Signature du Praticien

220 Bd Charles de Gaulle - Casablanca

أشطب الكائن

يمنع تداوله بغير هذا المسمى

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### **description des actes effectués**

وصف العملات المحرّاة

CIM - 10

حد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطيبة المموجة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التليقي Date d'exécution	النوع الملفور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٤١٤١٢١	١٤٠.٨٥ INPE 092047489	PHARMACIE OULMÈS CASA SARL A.U Angle Bd Chandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06

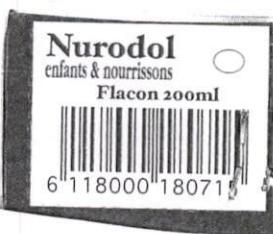
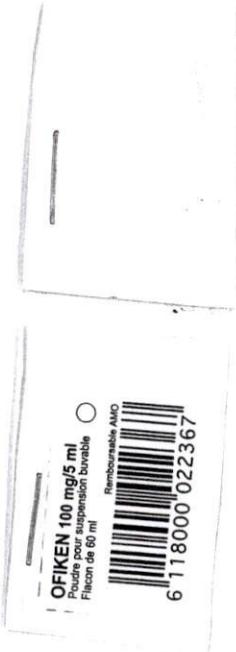
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی المساعدین



*Dr. Mohammed BENNOUNA*

**PEDIATRE**

Diplômé de la faculté de Médecine  
de Lille (France)  
Réanimation Néonatale  
ph.Métrie, Endoscopie digestive  
et Proctologie Pédiatrique  
Diplômé de la faculté de Médecine  
Xavier Bichat



**الدكتور محمد بنونة**

إخلاصي في أمراض الأطفال و الرضع  
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش اطبلود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء  
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

**PHARMACIE OÜLMES CASA**

S.A.R.L.

Casablanca, le .....

04/04/23

الدار البيضاء، في

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

مارينا

٨٦,٠٠

-٢٧ نورول سينف.



٢٩,٤٠

٤ آپريل سينف.



٩٣,٤٠

٣, ٥ لیکن سینف.



٣٠ نون ٢٧ ١٤ < ٢

< ٨ جم

٤١ سرhus سينف.



٤٢ PHARMACIE OÜLMES CASA



S.A.R.L. M. BENNOUNA

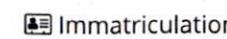
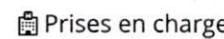
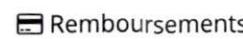
E-mail : medbenouna9@gmail.com

06 61 14 73 72 - 05 22 95 42 32

شارع غالطي دار النعاء (قرب بيتا هوت) الطابق ١، التضامن، الدار البيضاء، ١٠٠٦١٤٧٣٧٢

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (Petit De Pizza Hut) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

Tél: 0522 36 08 06



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

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

**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	-	28/06/2023	Virement	-	540,80	218,56	45,03	263,59
81225567	01/06/2023	Payé en : 27 jours		JAIDI MARIA	540,80	218,56	45,03	263,59
■ 5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
■ 1	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
■ 1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92
■ 1	-	30/09/2022	Virement	-	3 841,40	1 320,00	22,50	1 342,50
■ 3	-	05/09/2022	Virement	-	1 489,70	883,34	197,59	1 080,93
■ 1	-	02/09/2022	Virement	-	398,40	188,88	38,24	227,12
■ 1	-	05/07/2022	Virement	-	2 738,51	1 901,60	380,06	2 281,66
■ 2	-	08/06/2022	Virement	-	1 230,90	535,26	112,48	647,74
■ 1	-	05/05/2022	Virement	-	1 107,00	240,00	45,00	285,00