

# 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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0525 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TADILI SIDI EL HASSAN

Date de naissance : 21 Fevr. 1939

Adresse : Lotissement CAVS PIT n°34 - SKHAFI PLAGE

Tél. : 06.61.170128 Total des frais engagés : #600,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAABI TOURIA Age : 78 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

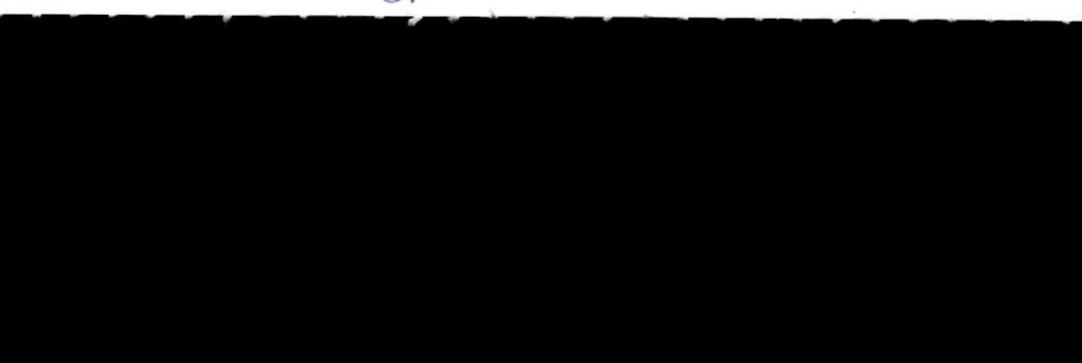
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Rabat Le : 21/09/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

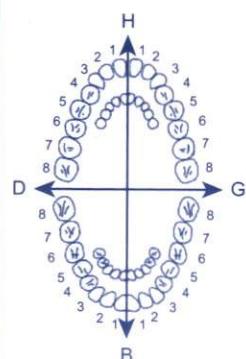
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج تحاليل فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالذوية المشترأة واثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 الشقق والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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 التعاونية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [ ]

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

### Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم



موافقة مسبقة\*  
Entente Préalable\*  
تنفيذ\*  
Exécution\*

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : L A A B I T T O U N I A  
رقم الانحراف : ٤٧٦١٤٩٦

رقم التسجيل : ٥٤٩١٤٩١٣٣٦  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Nom et prénom : L A A B I T T O U N I A  
N° Affiliation : ٤٧٦١٤٩٦  
N° Immatriculation : ٥٤٩١٤٩١٣٣٦  
N° CIN : ١٤٤٤٣٨٥  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○ العنوان : Boîte Postale ٢١٥٦ - Hay Riad - RABAT

Montant des frais (Dhs) : ٦٠٠,٠٠ DH  
Nombre de pièces jointes : ٠٢

Déclaration du médecin traitant  
تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : L A A B I T T O U N I A  
الإسم العائلي و الشخصي : L A A B I T T O U N I A

Date de naissance : ١٨/١٠/١٩٣٤  
تاريخ الازدياد :

N° CIN : ١٤٤٤٣٨٥  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

جنس\* : M ○ ذكر ○ F ○ أنثى ○ الجنس :

Identification du chirurgien dentiste  
تعريف طبيب الاسنان

N° INP : ١٠٤٠٠٥٨٧٥  
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins  
نوع العلاجات :

Soins\* :  
علاجات أخرى :

Prothèse\* :  
تقويم الاسنان و الفكين :

Orthodontie et O.D.F\* :  
علاجات أخرى :

Autres\* :  
رقم المرانقة المسبيقة :

N° entente Préalable :  
في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

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-dessus.  
Fait à : RABAT  
le : ٢١٥١٤٩٦١٣٣٦  
حرر بـ : Dr Aicha HAMDI BENAHMED  
في : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦  
توقيع المؤمن له (ها) : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦  
Signature de l'assuré (e) : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦

أصرح بمحض صدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations susmentionnées sont exactes et véritables  
Dr Aicha HAMDI BENAHMED  
le : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦  
حرر بـ : Dr Aicha HAMDI BENAHMED  
في : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦  
توقيع و طابع المؤمن له (ها) : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦  
Signature de l'assuré (e) : ٢٠٢١٠٦١٣٣٦

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

\* INP : Identification Nationale du Particien  
\* Cacher le mentionnant



# **NOTE D'HONORAIRES**

Nom et prénom du médecin dentiste : DR. AICHA HAMDI  
N° de l'INPE : 104 00 53 50  
N° de l'ICE : 00 1860 14 8 0000 82  
N° de l'IF : 343 1814 1

Date 25.05.23

Montant global : 600-07

Mode de paiement  Espèces

Chèque

### Signature et cachet

#### **Adresse:**

Téléphone :

E-mail :

**Dr. Aicha HAMDI BENAMEUR**  
Parodontiste  
102, Av. Fal Ould Oumeir  
Dakar Tél.: 037.67.44.74 F.

~~Dr. Aicha HAMDI BENAMEUR  
Parodontiste  
102, Av. El Ould Oumeir  
Rabat Tél.: 037.57.44.74~~



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 1

REJET 1

PAYE

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    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------|---------------|----------|----------|----------|
| 1             | -                 | 04/09/2023         | Virement      | -            | 2 104,50      | 1 646,50 | 25,00    | 1 671,50 |
| 2             | -                 | 30/08/2023         | Virement      | -            | 1 340,00      | 668,00   | 29,00    | 697,00   |
| 81975199      | 13/07/2023        | Payé en : 48 jours |               | LAABI TOURIA | 740,00        | 500,00   | 5,00     | 505,00   |
| 81975156      | 13/07/2023        | Payé en : 48 jours |               | LAABI TOURIA | 600,00        | 168,00   | 24,00    | 192,00   |
| 2             | -                 | 27/06/2023         | Virement      | -            | 2 415,20      | 1 851,70 | 30,00    | 1 881,70 |

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

81975156

Date et heure : 13/07/2023 13:50

Nom et prénom Assuré :

LAABI TOURIA

Immatriculation :

54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT 50669

Valeur en Dirhams :

600,00

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR471

Nom Etablissement :

CNOPS

