

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.

N° W21-827433

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KARROUNI RHITA
Date de naissance : 10/03/1985
Adresse :
Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 300 = 0H

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : JAFAR MURRAS
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Complète 13 NOV 2023
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'at 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 : CASABLANCA Le : 13/11/23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

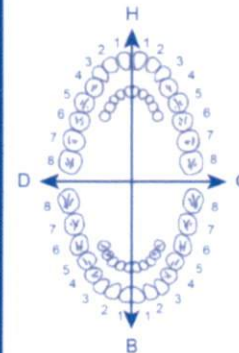
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

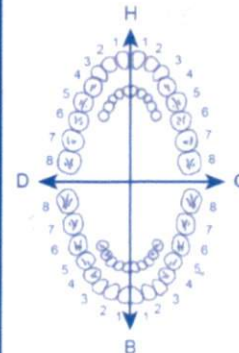
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CCEFFICIENT
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

تعليمات يجب اتباعها

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل 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 المثبتة و أتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مسجلة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي و حين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسجلة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **JAIDI Mounir** : الاسم العائلي و الشخصي :
N° Affiliation : **55242** : رقم الإنخراط :
N° Immatriculation : **7106041** : رقم التسجيل :
N° CIN : **AB111927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : **Résidence El Houssein, BD Ghandi, Imb 46, Apt 4, 20210 Casablanca** : العنوان :
Montant des frais (Dhs) : **300900 Dhs** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **1** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **JAIDI Mounir** : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : **JAIDI Mounir** : الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance : **12/05/74** : تاريخ الميلاد :
N° CIN : **AB111927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M** ☒ ذكر ☐ أنثى : الجنس :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : **094016672** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : **SF: 53 10 26 2005** : نوع العلاجات :
Soins* : **ICE 100 650140632** : علاجات :
Prothèse* : ☒ : تعويض الأسنان :
Ortodontie et O.D.F* : ☐ : تقويم الأسنان و الفكين :
Autres* : ☐ : علاجات أخرى :
N° entente Préalable : [] [] [] [] [] [] : رقم الموافقة المسبقة :
En cas d'accident précisez : [] [] [] [] [] [] : في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :
La date de l'accident : [] [] [] [] [] [] : 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-avant.
Fait à : **Casablanca** : حرره :
le : **03/08/2023** : في :
توقيع المؤمن له (لها) : **[Signature]**
Signature de l'assuré(e)

أصحب بصحة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.
Fait à : **Casablanca** :
le : **03/08/2023** :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو طبيب المؤسسة : **[Signature]**
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

* أشطب الخانة :

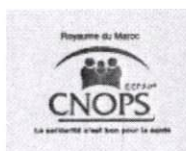


Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

🔍

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnexion) 🏠 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

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

📌 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
- 2	-	03/11/2023	Virement	-	4 163,91	2 498,17	529,78	3 027,95
83196594	27/09/2023	Payé en : 37 jours		JAIDI RYAD	1 163,91	698,17	169,78	867,95
82628256	28/08/2023	Payé en : 67 jours		JAIDI MOUNIR	3 000,00	1 800,00	360,00	2 160,00
2	-	02/10/2023	Virement	-	964,70	522,50	102,50	625,00
1	-	08/09/2023	Virement	-	2 170,31	1 577,11	385,35	1 962,46
2	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
1	-	28/06/2023	Virement	-	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

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

★★★★★



Dr BOUSLIKHANE Houda

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté de Médecine

Dentaire de Monastir

Dr. HOUDA BOUSLIKHANE
BD LAGOTHA AV J LOT JAWHARA
LOT B SIDI MOUMEN CASABLANCA
Tel: 0522 67 21 67 - 06 75 37 32 48

Ordonnance

Facture

Fait à Casa

Le 03 / 08 / 2023

Se Sausliger

Dr. HOUDA BOUSLIKHANE

BD LAGOTHA AV J LOT JAWHARA

LOT B SIDI MOUMEN CASABLANCA

Tel: 0522 67 21 67 - 06 75 37 32 48

Avoir Recu la Somme de 3000 DA

de la Part: JAIDI MOUMEN

en Contre Partie de Prothèse Réalis

Dr. HOUDA BOUSLIKHANE
BD LAGOTHA AV J LOT JAWHARA
LOT B SIDI MOUMEN CASABLANCA
Tel: 0522 67 21 67 - 06 75 37 32 48