

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07-087 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Résidence AP Hausour 39, rue Ladi Bakkar

CASABLANCA

Tél. : 0661526440

Total des frais engagés : 300 MAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Opacité bleue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Epoise

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 : 21/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : A

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 التغطية
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : Date d'édition :	

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالشسبية لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، تناقض قخصوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المستدراة وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تتضمن إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة الملاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء الملاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشعل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطرة القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة Entente Préalable * تنفيذ Execution *

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 11.03.01
مراجع رقم

N° Bordereau : N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

Adressse Rue Cadi Bakbar Rés. Al Mansour
Imm B. Quartier Berger Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1300,00 مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد : تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

M ذكر F انثى

Identification du chirurgien dentiste

N° INP 094194776

Type de soins

Soins* :

Prothèse* :

Orthodontie et O.D.E* :

Autres* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précisez :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

الرقم الوطني الاستدلالي للحالات :

نوع العلاجات

علاجات

تغطية الأسنان

تغطية الأسنان والفكين

علاجات أخرى

رقم المرافق المنسقة :

في حالة حالت يرجى تحديد

تاريخ الحالة

أسباب الحالة



أشهر بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : Casablanca le : 2022 Signature de l'assuré (e)	أشهر بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه . Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca le : 11 Mai 2022 Signature de l'assuré (e)
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins 121 Rd. Roudani 100	

INP : Identification Nationale du Praticien

* Copier la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

* اكتب هنا : 05 22 22 22 40

description des ordonnances

حدائق صفات

ناريع التنفيذ Date d'exécution	النعن الحقوقي Prix facture	توقيع و ملئع الصيدلاني او مومن المجهزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطبعة الجديدة المساعدة

Description des actes

وصف العمليات

Dr. ASMAA ELKARI
Chirurgien Dentiste
484, Bd. Roueini N° 6
Tél. 0522 23 18 40

على الطبيب تحديد السن الصالحة، العملية المبرأة من تحديد طبيعة العلاجات و كذلك معاناتها علماً بدليل العصبات المهيأة.
Le praticien est prie de preciser la date traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



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)



DERKAOUI SOUAD

Droit Ouvert

12/09/1960 - C148871

📍 RUE GADI BAKKAR RES MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2 MAARIF CASABLANCA MAARIF (20100)

🏡 PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

✉ 021 780 000 005 800 105 383 254

Information

EN COURS DE TRAITEMENT **1**

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
- 2	-	30/06/2022	Virement	-	900,00	420,00	60,00	480,00
74171917	11/05/2022	Payé en : 50 jours		DERKAOUI SOUAD	600,00	280,00	40,00	320,00
74171889	11/05/2022	Payé en : 50 jours		DERKAOUI SOUAD	300,00	140,00	20,00	160,00

Chirurgien dentiste

Soins, Détartrage, Orthodontie,
Chirurgie, Prothèse, Eclaircissement
Facettes dentaire

العلاج - جراحة - تعويض
تفويم - تبييض - أقشرة أسنان

Casablanca le: 19.4.2022

FACTURE

Je souss. gne Dr. ASMAA ELKARI Docteur avocat
Chirurgien Dentiste
484, Bd. Roudani N° 5
Tél: 0522 23 38 40

la somme de 300,00 (Trois cent dirhams)

pour composite sur 44 réalisés et

finis le 19/4/22

Dr. ASMAA ELKARI
Chirurgien Dentiste
484, Bd. Roudani N° 6
Tél: 0522 23 38 40

Maârif, 484, Bvd Roudani, N°6, 2^e Etage / Tél. 05 22 23 38 40
Casablanca