

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 049288

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07007 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed
Date de naissance : 12/04/1957
Adresse : Résidence AP Mansour 39, rue Cadi 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 :

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 : CASABLANCA Le : 21/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 ولكل 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 المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

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 طبقا للمسطور القانوني.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Execution

التأمين الإلزامي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

N° Affiliation : 14 7785

N° Immatriculation : 932/443642

N° CIN : C148871

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

Adresse : Rue Cali Bakkar - Rés. El Mamoun

Montant des frais (Dhs) : 300,00

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

Date de naissance : تاريخ الميلاد

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 094194776

Type de soins : نوع العلاجات

Soins : علاجات

Prothèse : تعويض الأسنان

Orthodontie et O.D.F. : تقويم الأسنان والفكر

Autres : علاجات أخرى

N° entente Préalable : رقم الموافقة المسبقة

En cas d'accident précisez : في حالة حادث يرجى تحديد أسباب الحادث

La date de l'accident : تاريخ الحادث

Les causes de l'accident : أسباب الحادث

Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci-dessus : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Casablanca

Le : 2022

Signature de l'assuré(e)

INP - Identification Nationale du Praticien

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des ordonnances

جرد الوصفات

تاريخ المصفد Date d'exécution	التمتع المصفون Prix facture	توقيع و طابع الصيدلي أو موزن الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المصفون Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

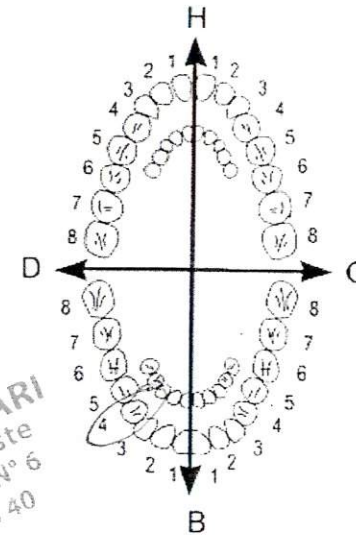
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المصفون Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical

Description des actes

وصف العمليات

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المصفون Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
44	comp	19/4/22	D45		300,00	

CIM - 10



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

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاجات و فئة معامتها طبقاً لدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

[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)

**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

Casablanca le : 19/4/22

FACTURE

Jé souss. gnd **Dr. ASMAA ELKARI** Déclaré avoir reçu
Chirurgien Dentiste
484, Bd. Roudani N° 6
Tél : 05 22 23 38 40

la somme de 300,00 (Trois cent dix-huit)

pour composite sur 44 réalisés et

finis le 19/4/22

Dr. ASMAA ELKARI
Chirurgien Dentiste
484, Bd. Roudani N° 6
Tél : 05 22 23 38 40