

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.

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

187261

Déclaration de Maladie : N° P19-0002188

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tahar Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 165000 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

une feuille de soins par personne et

le de soins doit être accompagnée de es pièces justificatives originales ances médicales, factures, résultats nens de radiologie et/ou de laboratoire).

et prénom de la personne soignée être portés par les praticiens eux mêmes ue feuille de soins.

spectus et les PPM concernant les nents achetés doivent être joints aux nces transmises.

Il de soins ainsi que les pièces tives doivent être présentées à votre e dans les deux mois qui suivent le acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier présenté dans les soixante (60) jours ant la fin du traitement.

boursement des frais engagés sera sur la base de la tarification nationale ence.

ues liés aux accidents du travail et professionnelles ne sont pas couverts.

ersonne coupable de fraude ou de fausse ion pour obtenir des prestations qui pas dues, est passible des sanctions et réglementaires.

ction de remboursement prise par la est subordonnée au respect des ns réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

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

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : BENJAMIN ALMA

رقم الإنخراط : 169860

رقم التسجيل : 431453389

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 884232

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 12 RUE D'ENFER CORNICHÉ CASABLANCA

مبلغ المصاري (درهم) : 6521,82

عدد الوثائق المرفقة : 09

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENJAMIN ALMA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

691039719

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD* :

Oui Non

N° Dossier ALD* :

نوع المرض المزمن

Code ALD :

رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires* علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* : Oui Non

Hospitalisation* استشفاء* Date d'hospitalisation: 05/05/2022

تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non

نوع المرض المزمن

رقم ملف المرض المزمن

تاريخ الاستشفاء :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

le : 05/05/2022

حرر ب : 05/05/2022

في : 05/05/2022

as on any

47211 05.22.06 05.22.06
05.22.06 05.22.06
Fax: 05.22.06

CIM-10

جـ: الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي وظايع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux	الثمن المفوترة Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
<i>Pharmacie F.B.</i> 18, Avenue El Moutahab 1000 Casablanca Tunisie 175	662,80	17/7/2024
	INP : 092031384	INP : [REDACTED]
	INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INP: L L L L L L L L

INP:

INP :

Actes Paramédicaux

أئمّات المساعدين الطبيّين

مع وظائف المساعد الطبي

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	مع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Para

INP:

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |



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

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	652,80	606,60	0,00	606,60
75488103	26/07/2022	BENBOUBKER AMAL	652,80	606,60	0,00	606,60

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



