

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 3 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



Déclaration de Maladie

M22- 0014523

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERDANI Mohamed
 Date de naissance : 22/07/57
 Adresse : 89 rue Casablanca App 18 Casablanca
 Tél. : 066463375 Total des frais engagés : 800 DHS

Cadre réservé au Médecin

Complément remboursement en O.P.S.
 Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BAKKALI Fadoua Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

adhérent(e) :

Le : 19/09/2011

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 1

REJET 3

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	-	13/09/2022	Virement	-	1 542,71	642,05	116,24	758,29
75401226	21/07/2022	Payé en : 54 jours		BAKKALI FADOUA	742,71	264,05	62,24	326,29
75401275	21/07/2022	Payé en : 54 jours		BAKKALI FADOUA	800,00	378,00	54,00	432,00
3	-	11/08/2022	Virement	-	5 057,62	3 322,50	757,28	4 079,78

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 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 وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى التحاددية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار 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 القانونية.

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



0650012550
ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable*

تنفيذ
Exécution*

N° Bordereau :

N° Dossier :

Nom et prénom : BAKKALI Fadoua

N° Affiliation : 113183

N° Immatriculation : 5591898843

N° CIN : 1459456

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 81 Rue Larache App 98 Hay

ESSAÏAM CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 800 DHS

Nombre de pièces jointes : 03

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BAKKALI FADOUA

Date de naissance : 16/12/57

N° CIN : 1459456

Sexe* : M ♂ F ♀

N° INP : 094012671

Type de soins

Soins* :

Prothèse* :

Orthodontie et O.D.F* :

Autres* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précisez :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.

Fait à : CASABLANCA

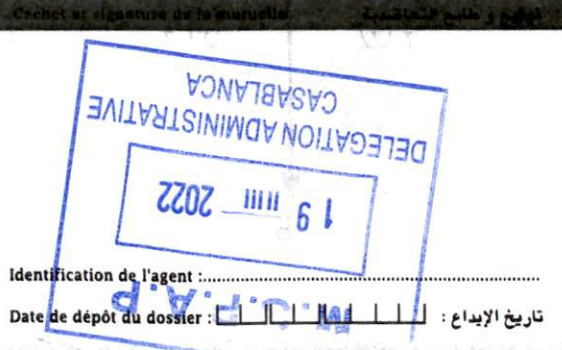
le : 14/01/2022

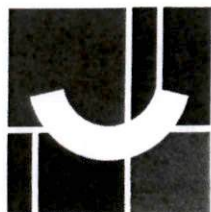
Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature de l'établissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case





**CASA
CITY
SMILE**
DENTAL CLINIC

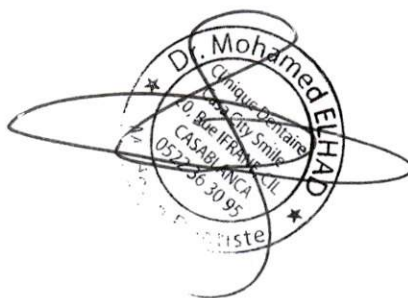
Casablanca, le 14/07/2022

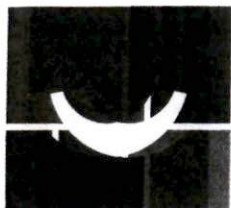
Identifiant fiscal : 42755569
Patente : 35631614
ICE : 002229790000078
INPE : 094012671

Facture établie
Au nom de *Me. BAKKALI Fadoua*

Je soussigné, *Docteur Mohamed EL HAD*,
Atteste avoir facturé la somme de 800 dirhams,
Huit cents dirhams

Dr EL HAD Mohamed





**CASACITY
SMILE**
DENTISTRY CLINIC

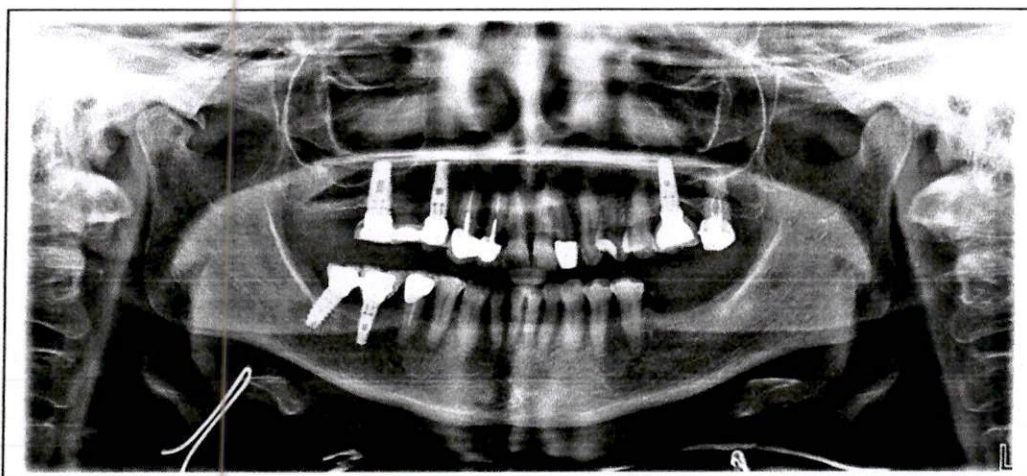
Casablanca, le 5/5/2022

Compte rendu radiologique

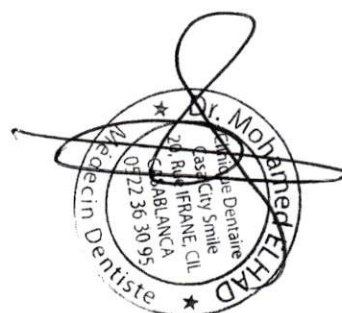
Nom : BAKKALI

Prénom : Fadoua

Date de Naissance : 16/12/1957 → Age : 64 ans et 6 mois

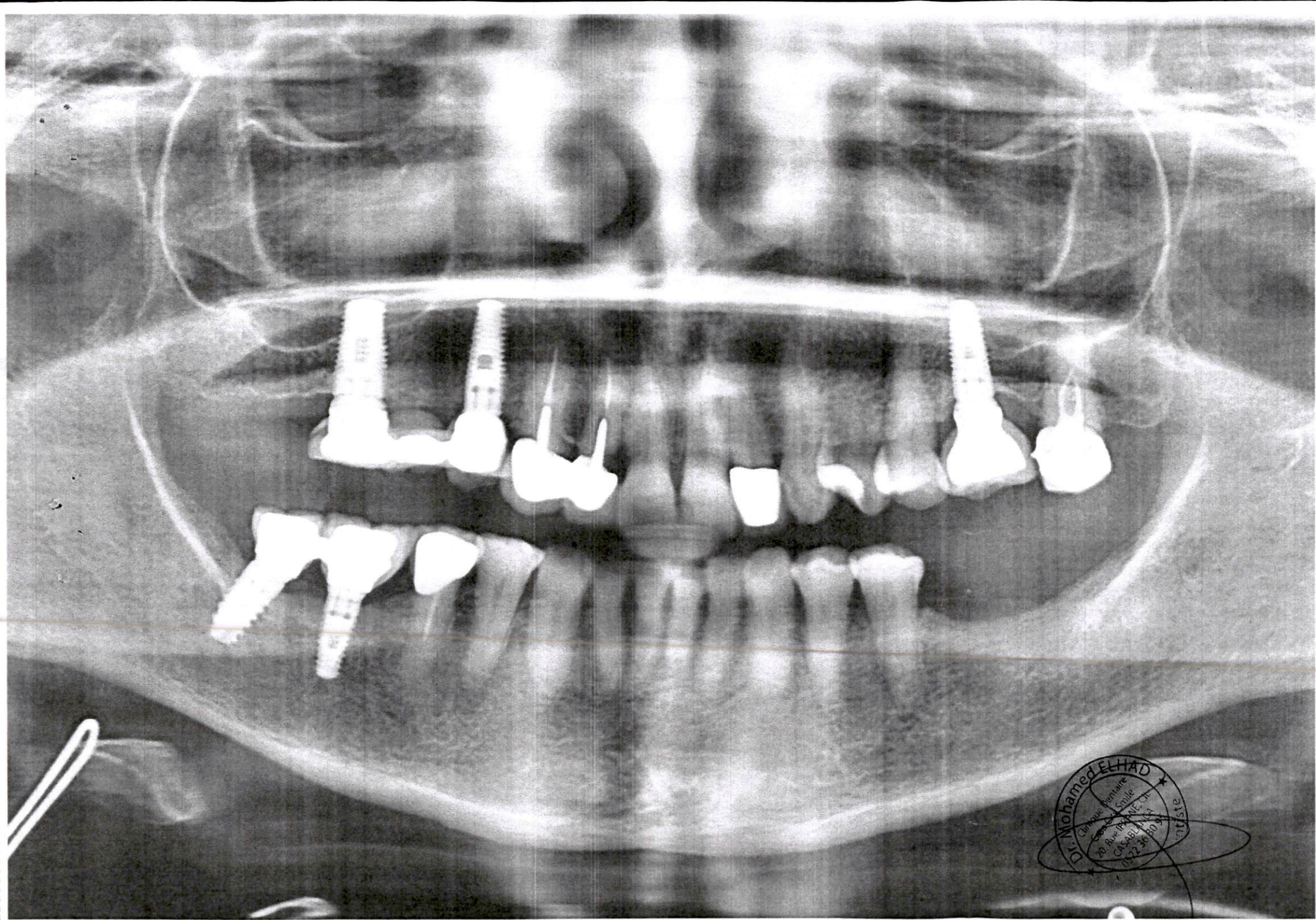


la radio panoramique a été réalisé pour le but de faire un traitement canalaire. Sur la dent 24



☎ +212 (5) 22 36 30 95 / +212(5) 22 36 09 04 ☎ +212(6) 61 18 80 18 ✉ elhad@casacitysmile.

🌐 www.casacitysmile.com 📍 20 Rue Ifrane, Cil 20 210 - Casablanca



Dr. Mohamed ELHAD
Clinique Dentaire
Carré de Soins
20 Rue de l'Indépendance
CASA BLANCHE
11220 - 36 800 0000
MUSTE