

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)
Matricole : **7469**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **GUERMOUDI Amina**

Date de naissance : **19/11/59**

Adresse : **N° 46, Lotissement Laimaune 1 casa**

Tél. : **066.165.60.39**

Total des frais engagés : **800** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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 pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **casa**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **20/10/22**

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

06.61.91.57.02

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

Numéro de dépôt du dossier

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث

يجب لوفاق ورقة العلاجات بمعية الوثائق الضرورية (وصفات طبية، موافيرات شائعة، معلومات الأشعة أو المختبر)

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

يجب ارتكاب ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأئمتها بالوصفات المرسلة

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الشائعة إلى التماضيدية التي تتضمن إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما دعا في حالة العلاج المستمر في هذه المدة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، يمتحن بطبق للمساءلة القانونية

حق التعويض من طرف المستدوق الوطني لمنظمات الاختصاص الاجتماعي زهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.03.01
مرجع رقم

ناموس بالمعون له (ها)
N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي
Numéro d'assuré :

397040
731397040
B222391

Numéro d'immatriculation
Numéro de CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse : L'atelier LAMOUNE 1, LOT N° 46 - Quartier
Set'Aviation - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 800,00 Dhs
Nombre de pièces jointes : 2 (deux)

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي
Nom et prénom : EL ARCHI AHMED

Numéro d'assuré : 1705515
Date de naissance : 17/05/1955
N° CIN : B222391
Sexe : M ♂

Identification du chirurgien dentiste

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : INPE:094193489
Type de soins

Soins* : علاجات :
Prothèse* : تقويم الأسنان :
Orthodontie et O.D.F* : علاجات أخرى :
Autres* : رقم المرافق المنسوبة :
N° entente Préalable : في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :
En cas d'accident précisez : Tariq al-hadath :
La date de l'accident : Asbab al-hadath :
Les causes de l'accident :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à : CASABLANCA
Date : 20/05/2011
Signature de l'assuré (e)

أشهر بعدها
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : CASABLANCA
Date : 20/05/2011
Signature de l'assuré (e)

توسيع وتحجيم وتحريك الصورة
Cachet et Signature du praticien et/ou de l'établissement de soins
Bilan Clinique : 10/05/2011
Etg 0 H. Hassan Catégorie :
يتم بطبعه

Impression et formalisation interdite
الطباعة ممنوعة
يتم بطبعه

La vente

imprimé et formellement interdite

جريدة الوصيقات						وصف العمليات						
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux						Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste						
تاريخ العملية Date d'exécution	رمز العملية Prise facture	معامل المعامل Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الأسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل المعاملات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
					Dr. SAAD EL ARCHI	27	D106	18/10/22	D25	—	800.000	GIEN DENTISTE
	INP: 1111111111111111											Farah Salam Al Achar Bd Aziz Bilal Gh 56 Casablanca 51 Aapt 04 Etg 01 H. Nassani Casablanca Tel: 05 20 24 66 44
	INP: 1111111111111111											
Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة و التصوير						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل المعاملات Lettre clé + Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste							
	INP: 1111111111111111											
	INP: 1111111111111111											
Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين المهنويين						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل المعاملات Lettre clé + Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical							
	INP: 1111111111111111											
	INP: 1111111111111111											
<p>على الطبيب تحديد النس المماثلة. العملية المحرر مع تحديد طبيعة العلاجات و هذا معاملها طبقا لدليل العمليات المهني.</p> <p>Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.</p>												
CIM - 10												
<p>Dr. SAAD EL ARCHI CHIRURGIENDENTISTE Farah Salam Al Achar Bd Aziz Bilal Gh 56 Casablanca 51 Aapt 04 Etg 01 H. Nassani Casablanca Tel: 05 20 24 66 44</p>												
<p>INPE: 094193489</p>												
<p>Dr. Saad EL ARCHI Chirurgien Dentiste Patiente : 36204547 IF : 50384625 ICE : 002885930000087</p>												

Chart No:
Nom:ahmed el archi
Sexe:Male Age:

2022-10-18 17:45



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm⁻² Sensor 2022-10-18

Q7

Dr. SAAD EI ARCHI
CHIRURGIEN DENTISTE
Farah S. Al Azhar Bd A.
Bilal Ghosb Imm.n 51 Apt. 64
Etg 01 H. Hassan Casablanca
T: 05 20 24 66 44

Chart No:
Nom:ahmed el archi
Sexe:Mâle Age:

2022-10-18 17:42



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2022-10-18

27

Dr SAAD EI ARCHI
DENTURGIEN DENTISTE
Ferhat Salam Al Azhar Blw Aziz
Bld Al Souk Yamm. 51 Apt 04
901 H. Massani Casablanca
Tel: 05 20 24 66 44

EL ARCHI

AHMED

11879

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L
'AVIATION

CASABLANCA

Objet : Remboursement des frais médicaux (11/2022)

J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- Un virement bancaire sur votre RIB n: 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N Recu	Date depot	Frais engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
76975614	21/10/2022	800	PULPECTOMIE MOLAIRE	800.00	437.5	437.5

Salutations mutualistes.