

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

- 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



Complément ~~de~~ ~~la~~ ~~feuille~~ ~~de~~ ~~soins~~
Déclaration de Maladie
M22- 0038532 *Dossier*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7469* Société : *RAM* *(137275)*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *GUERMOUDI Amina*
Date de naissance : *19/11/59*
Adresse : *N°46, Lotissement Laimoune 1*
CASA
Tél. : *0661656039* Total des frais engagés : *800* 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 :
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* Le : *20/10/22*
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

Établir 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 مريض 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 وأدائها بالوصفات المرسلة

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 المعسوفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض

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

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 المتعاقدة

06.61.91.57.02

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري من المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.03.01

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ELARCHI Ahmed

الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 397010

رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 731397010

رقم التسجيل :

N° CIN : B2223914

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : Lotissement LAIMOUNE Lot N° 46 - Quartier de l'aviation - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 800,00 Dhs

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 2 (deux)

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : ELARCHI AHMED

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ELARCHI AHMED

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 17/05/55

تاريخ الميلاد :

N° CIN : B2223914

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

الجنس :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : INPE:094193489

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Soins* :

علاجات :

Prothèse* :

تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F* :

تقويم الأسنان والفكين :

Autres* :

علاجات أخرى :

N° entente Préalable :

رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez :

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

La date de l'accident :

تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident :

أسباب الحادث :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Faites sur l'honneur l'attestation des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : CASABLANCA

Le : 17/05/55

Signature de l'assuré(e)

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cachet : mentionner utile pour chaque cas

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 17/05/55

Signature du médecin traitant

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cachet : mentionner utile pour chaque cas

La vente

imprimé est formellement interdite

بمبلغ مئة ألف

جہد الوطنيات

[illegible]

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات المصاعدين الطيهرين

[illegible]

Description des actes

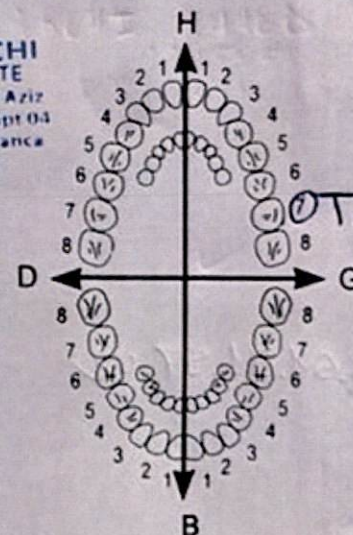
وهذا العملان

[illegible]

CIM - 10

Dr. SAAD EL ARCHI
CHIRURGI DENTISTE
Farah Salama Al Achar Rd Aziz
Bilal Gh 5618, Apt 51 Apt 04
Eto 01 H. Mansani Casablanca
Tel: 06 20 24 86 44

INPE: 094193489



Dr. Saad ELARCHI
Chirurgien-Dentiste
Patients : 36204547
IF : 50384625
ICE : 002885930000087

على الطبيب تحديد السن المعالج - الفعلية المجرى مع تحديد طبيعة العلاجات و قدرا معاملا طبيا لدليل الفعليات المهنية
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient
d'après la nomenclature des actes professionnels.

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

2022-10-18 17:45



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

27

Dr. SAAD EI ARCHI
CHIRURGIEN DENTISTE
Farah S. Male Al Azhar Bd A
Bilal Gh. 66 b Imm. n 51 Apt 04
Etg 01 H. Kassem Casablanca
05 20 24 66 44

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

2022-10-18 17:42



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

27

Dr. SAAD EI ARCHI
CHIRURGIEN DENTISTE

Faculté Salama Al Azhar Bd Aziz
Boulevard 200 m.m.n 51 Appt 04
Bo 01 H. Hassani Casablanca
Tél: 05 20 24 66 44

EL ARCHI
AHMED
11879
LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L
'AVIATION
CASABLANCA

Objet : Remboursement des frais medicaux (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 engages	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
76975614	21/10/2022	800	PULPECTOMIE MOLAIRE	800.00	437.5	437.5

Salutations mutualistes.