

# 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)

Matricule : **4549**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**BERIDA Mohamed**

Date de naissance :

**22/07/57**

Adresse :

**81, Rue Larache APP 18 et SA**

Tél. **06 62 16 33 75**

Total des frais engagés : **14 78,50**

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**complément Remboursement CNOPS**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**BAKKALI Fedoual**

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 :

**CARABANCA**

Le : **08/03/2013**

Signature de l'adhérent(e) :

**fedoual**

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
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).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأذمنتها بالوصفات المرسلة.
<b>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.</b>	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة الغلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<b>Cachet et signature de la mutuelle</b> <p>Identification de l'agent : .....      تاريخ الإيداع : .....      Date de dépôt du dossier : .....</p>	

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان	
 <b>Feuille de soins Dentaires</b>	ص ٥٥٠١٢٥٥٠ موافقة مسبقة <input checked="" type="checkbox"/> Entente Préalable <input type="checkbox"/> تنفيذ <input checked="" type="checkbox"/> Execution
N° Bordereau : .....	
Partie réservée à l'assuré(e)	
Nom et prénom : <b>BAKKALI Fadoua</b> N° Affiliation : <b>113183</b> N° Immatriculation : <b>5522818843</b> N° CIN : <b>AK169156</b> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ Adresse : <b>81 Rue Larache App 18 Hay Esselam</b> <b>Dormezem CASABLANCA 100-10</b> Montant des frais (Dhs) : <b>147850</b> Nombre de pièces jointes : <b>06</b>	
نصريخ الطبيب المعالج ن العلاجات لي و الشخصي : <b>BAKKALI FADOUA</b> ياد : <b>113183</b> لتعريف الوطنية : <b>AK169156</b> ن الاستدلالي للممارس : <b>094012671</b> مات سنان : ..... ان و الفكين : ..... يى : ..... المسبيقة : ..... دث يرجى تحديد ما يلى : ..... ثث : ..... بث : ..... أنتى ذكر ○ F ذكرة ○	
<b>Identification du chirurgien dentiste</b> N° INP : <b>094012671</b> 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 : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : <b>CASA</b> في : <b>03 JAN 2020</b> le : <b>03 JAN 2020</b> توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	
صدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincère: Fait à : <b>CASA</b> في : <b>03 JAN 2020</b> le : <b>03 JAN 2020</b> توقيع الشهيد العامل أو المعاشرة الصحية Cachet et Signature de l'agent ou de l'assistant de l'établissement بايع هذا المطبوع	
INP : Identification Nationale du Praticien Cocher la mention utile pour chaque case	
La vente de cet imprimé est formellement interdite	

description des ordonnances			جود الوصفات
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المن المفوترة Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux	
21-12-2022	178,50	<b>صيدلية الياسمين</b> <b>PHARMACIE DU JASMIN</b> <b>Mme YAMRANI Rajaa</b> INN : 09203534 161, Avenue 2 Mars - CASA TEL : 05 22 81 17 67	
		INP : [REDACTED]	

**Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie**

الصور، الأشعة، الاحياء

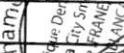
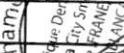
Actes Paramédicaux

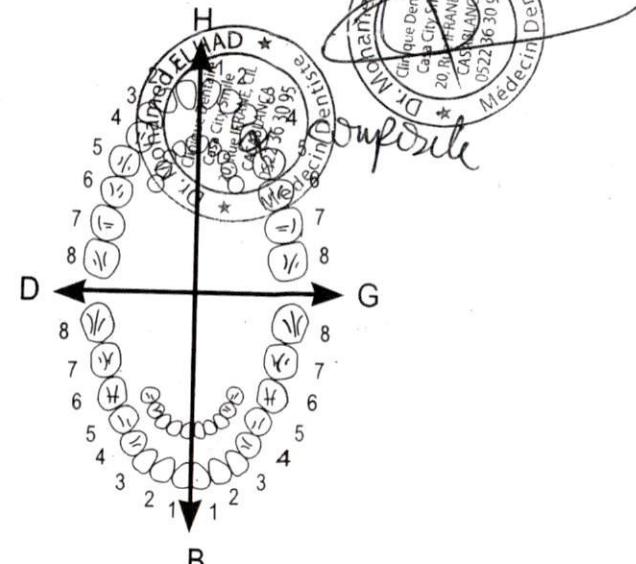
الطبعة المساعدة: ملخصات

تاریخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

### Description des actes

وتصف العمليات

أستان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
24	D 18	24142122	Composite 500			  
U	D 22	24142122	Robin 300			  
U	C 15	24112122	Consultation Panoramique			  
U	D 24	20142122	Offerte Belaytrage 500			  



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية **المجرأة** مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً لدليل العمليات 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.



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

ENREGISTRE **1**

REJET **1**

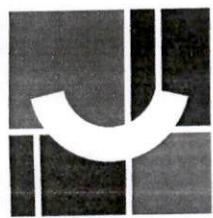
PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

EN COURS DE PAIEMENT **2**

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	-	28/02/2023	Virement	-	3 951,20	1 010,56	163,33	1 173,89
78364372	03/01/2023	Payé en : 56 Jours		BAKKALI FADOUA	2 472,70	427,56	67,73	495,29
78364410	03/01/2023	Payé en : 56 Jours		BAKKALI FADOUA	1 478,50	583,00	95,60	678,60



**CASA  
CITY  
SMILE**  
DENTAL CLINIC

*Casablanca, le 21/12/2022*

Identifiant fiscal : 42755569

Patente : 35631614

ICE : 002229790000078

INPE : 094012671

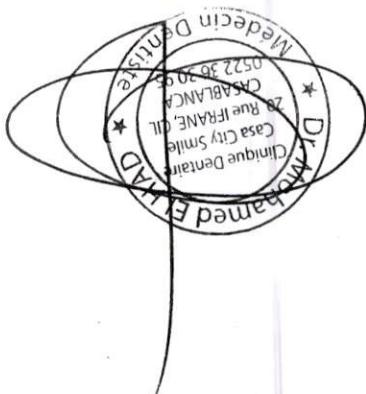
Facture établie

Au nom de *Me. BAKKALI Fadoua*

Je soussigné, *Docteur Mohamed EL HAD,*

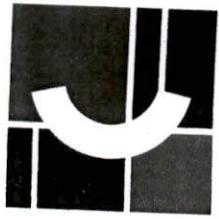
Atteste avoir facturé la somme de *1300 dirhams,*  
*Mille trois cents dirhams*

*Dr EL HAD Mohamed*



INPE 094012671 BAKRAI FAOOVA





**CASA  
CITY  
SMILE**  
DENTAL CLINIC

**INPE  
094012671**

Casablanca, le 21/12/2022

**ORDONNANCE  
BAKKALI Fadoua**

*4x55,00*  
**1. AMOXIL 1g (comprimés)**

1cp 2 fois par jour pendant 7jours

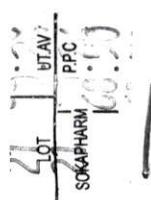
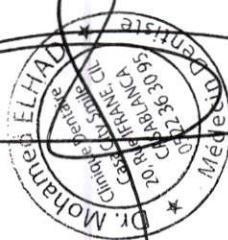


*68,50*  
**2. KIN (Bain de bouche)**

Rinçage 3 fois par jour pendant 7j à débuter 24h après l'extraction



*178,50*  
**Docteur Mohamed EL HAD**



ال Jasmin  
دواء  
للماء  
جاسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61 Avenue 2 Mars - CASA  
Tél : 05 22 81 17 67