

# 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 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0057732

☐ Maladie

☒ Dentaire

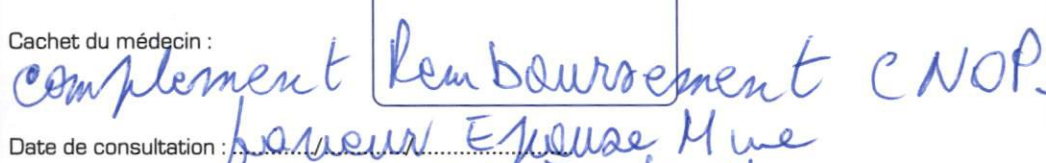
☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BERDA Mohamed  
Date de naissance : 22/07/57  
Adresse : 81, Rue Larache App 18 easa  
Tél. 06 62 10 3375 Total des frais engagés : 1478,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 08/03/23  
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 pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Fait le : 08/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر 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 التعاقدية

DELEGATION ADMINISTRATIVE  
03 JAN. 2023

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  
Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة  
Entente Préalable

تنفيذ  
Exécution

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BAKKALI Fadoua

N° Affiliation : 113483

N° Immatriculation : 552298843

N° CIN : A169456

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 81 Rue Larache App 18 Hay Essalam

Montant des frais (Dhs) : 147850

Nombre de pièces jointes : 06

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BAKKALI Fadoua

Date de naissance : 16/11/57

N° CIN : A169456

Sexe\* : M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الاسنان

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 : ☐

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : Casablanca

le : 03 JAN. 2023

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite



جرد الوصفات

تاريخ التنفيذ ✓ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21-12-2022	178,50	صيدلية الياسمين PHARMACIE DU JASMIN Mme LAMRANI Rajaa
	INP : 092035344	161, Avenue 2 Mars - CASA Tél: 05 22 81 17 17
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		

## Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

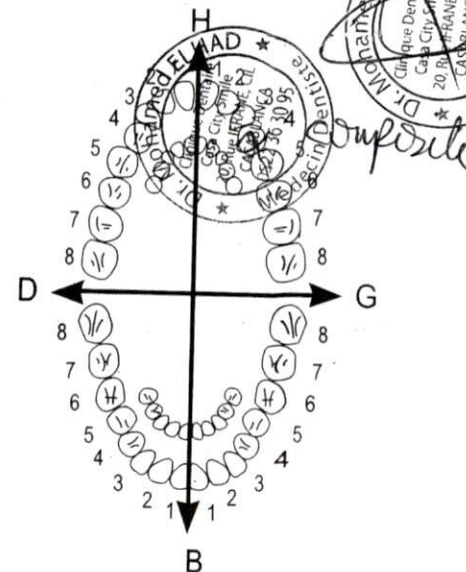
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## Description des actes

## وصف العمليات

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
24	D 18	24/4/2122		Composite	5000	
U	D 15	24/4/2122		Robin 3000		
U	C 5	24/4/2122		Panoraming Consultation		
U	D 24	20/4/2122		6 extra 500		

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية، المجرة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملتها طبقا 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.



cnops.org.ma/assure\_app



45



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

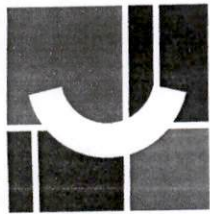
**PAYE**

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

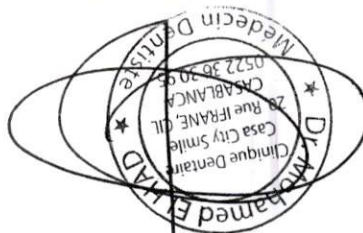
Identifiant fiscal : 42755569  
Patente : 35631614  
ICE : 002229790000078  
INPE : 094012671

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*



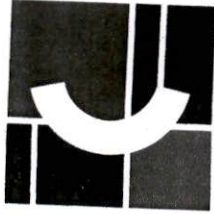


INPE  
094012671  
BAKALI  
FADOUA

BAKALI  
FADOUA  
21/01/22

DR. MOHAMED ELWAD  
Clinique Dentaire  
20, rue de la République  
CASA CITY SMILE  
CASABLANCA  
0522 36 30 95  
Medecin Dentiste





**CASA  
CITY  
SMILE**  
DENTAL CLINIC

Casablanca, le 21/12/2022

**INPE**  
**094012671**

**ORDONNANCE**  
**BAKKALI Fadoua**

2x55,00

1. **AMOXIL 1g (comprimés)**

1cp 2 fois par jour pendant 7jours

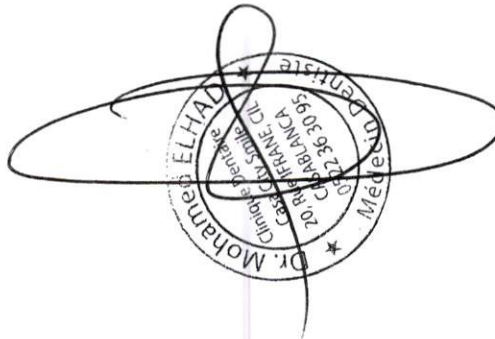
68,50

2. **KIN (Bain de bouche)**

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



Docteur Mohamed EL HAD



صيدلية الياسمين  
**PHARMACIE DU JASMIN**  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61 Avenue 2 Mars - CASA  
Tél : 05 22 81 17 67

