

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.

N° W21-792385

AS 5781

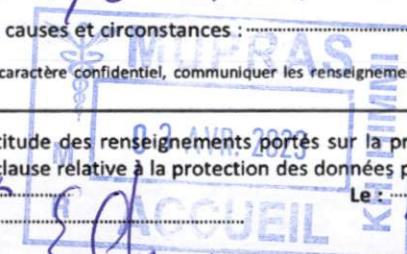
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 07703		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELLAH			
Date de naissance : 01-01-1955			
Adresse : 4001 RUE EL JADIDA APPT 111 - CASAB.			
Tél. : 0664183090	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 21/02/2023			
Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age: 59			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Compromis de digestion			
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 : Casab. Le : 26/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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

Identification de l'agent :	Signature et tampon de l'agent
Date de dépôt du dossier :	Signature et tampon de l'agent
Signature et tampon de l'agent	

Instructions à suivre

Prévoir 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.

Feuille de soins Dentaires	
N° Bordereau :	N° Dossier :
Entente Préalable*	Execution*

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE

266711

932684448

C352279

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint _____ **Enfant** _____

Adresse : 4000 Belvédère le palmier route

Aljedida Casablanca Maroc

Montant des frais (Dhs) : 2000 Dhs

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE

38/08/1963

C352279

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : M ♂ F ♀

Ante X ذكر M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste

N° INP : 054 16 43 65

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 :

Attestez sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : 21/02/2023 **Signature de l'assuré(e)**

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessous strictement exactes.

Fait à : 21/02/2023 **Signature de l'assuré(e)**

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

Assisté par : Dr Chirurgien Dentiste

Il est formellement interdit de vendre cet imprimé.

description des ordonnances

جريدة الوصفات

نارجع التقديم Date d'exécution	العنوان المفترض Prix facture	توقيع و طابع الصيدلاني او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

نارجع العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	معامل السعالي Valeur Clé	قيمة السعالي Valeur Clé	توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

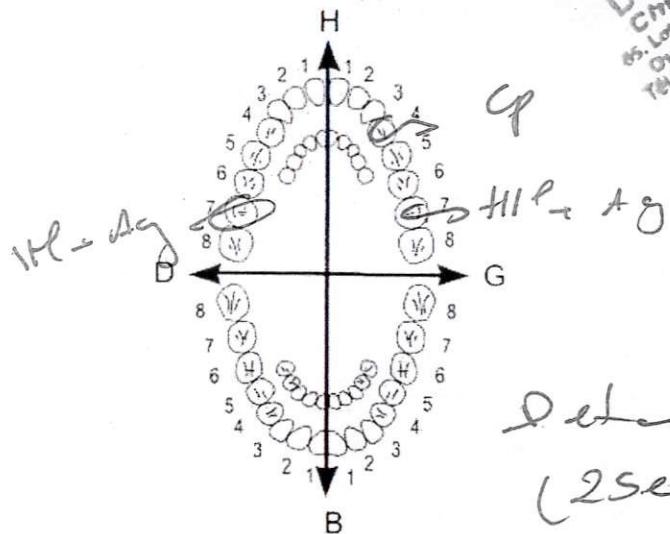
عمليات المساعدين الطبيين

نارجع العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	معامل السعالي Valeur Clé	قيمة السعالي Valeur Clé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

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 السعالي Valeur Clé	المبلغ المطلوب Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
17	D 706	31/01/2023	D	25	+ 6000	Dr. Hind DAKIR
	700		D 10			Chirurgien Dentiste
27	D 706	07/02/2023	D	25	+ 6000	Dr. Hind DAKIR
	700		D 10			Chirurgien Dentiste
24	D 700	14/02/2023	D	10	+ 1000	Dr. Hind DAKIR
	708	14/02/2023	D	12	+ 2000	Chirurgien Dentiste
-	D 708	14/02/2023	D	12	+ 2000	Dr. Hind DAKIR



هذا التسلیب تحديد السن السعالج، العطالية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كلها معاشرها عليا لتمثيل 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.

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65, Lot Amine 2ème Etage Sidi Maârouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél: 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 07



MME SEKKAT RAJAE

RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception

N° de Dossier : 79862081 Date et heure : 20/03/2023 14:52

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90158

Valeur en Dirhams : 2.000,00 Nombre de pièces : 5

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398

Nom Etablissement :



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 2](#)[EN COURS DE TRAITEMENT 3](#)[REJET 2](#)[PAYE](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 1](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	4 833,50	2 258,83	363,67	2 622,50
79862384	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	1 171,50	550,45	95,40	645,85
79862081	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	2 000,00	1 380,00	197,13	1 577,13
79862188	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	1 662,00	328,38	71,14	399,52

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger



Clinique
Sidi Othman



Casablanca, le 01/02/23

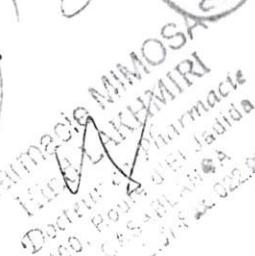
SEKKAT

azul 100%

INEXIUM 20 mg



3) Ofiken 200 mg
100 mg
100 mg



Tunisie

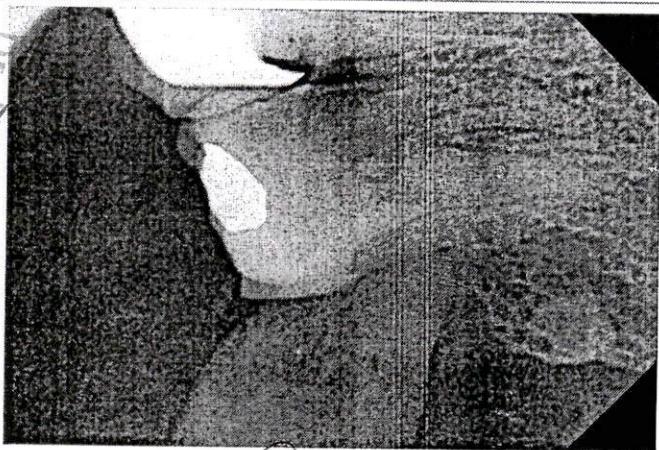
2023-02-21

Graphique Numero:20230131_120114 Le genre:Femelle

Nom:sekkat rajaе

Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y

Dr. Hind DAKIR
F.S. Lor Amine 2 ème Etg Sidi-Mahrouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03



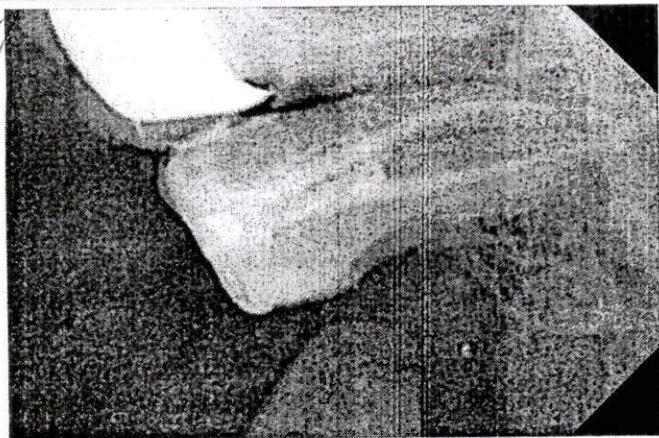
O 27 20230207_121355

Graphique Numero:20230131_120114 Le genre:Femelle

Nom:sekkat rajaе

Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y

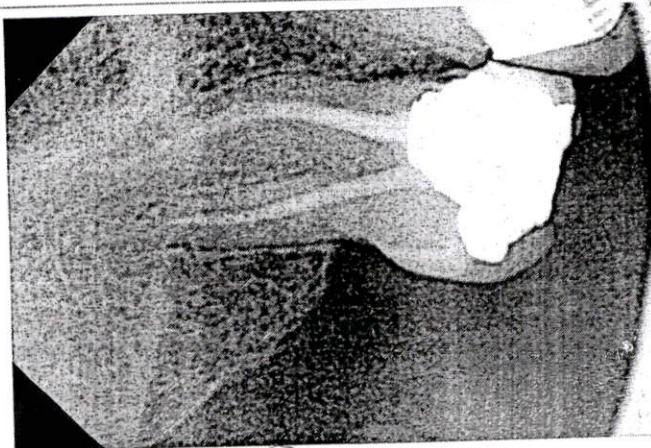
Dr. Hind DAKIR
F.S. Lor Amine 2 ème Etg Sidi-Mahrouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03



O 27 20230207_122844

2023-02-21

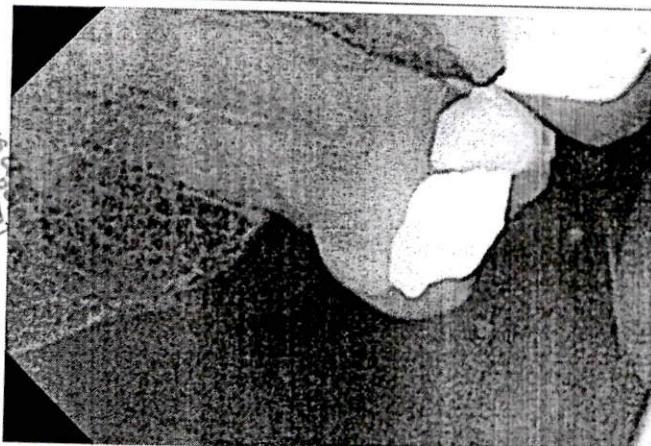
Graphique Numéro:20230131_120114 Le genre:Femelle
Nom:sekkat raja
Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y



IO_17 20230221_114548

2023-02-21

Graphique Numéro:20230131_120114 Le genre:Femelle
Nom:sekkat raja
Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y



IO_17 20230131_122521

NOTE D'HONORAIRES

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Nom et prénom du médecin dentiste :
 N° de l'INPE : 094 16 43 65
 N° de l'ICE : 00A 61 42 27 00 00 05
 N° de l'IF : 50 71 58 70

Bénéficiaire : SEKKAT RAJAG

Date 21/02/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة الماء Valeur Clé	المبلغ المور Montant facturé	توقيع وطابع طبيعة الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
17 9706		3/12/2023	9	25	+600dhs	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03
27 9700		07/02/2023	0	10	10	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03
26 9706		07/02/2023	0	25	+600dhs	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03
26 9705		14/02/2023	0	10	+400dhs	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03
- 9707		14/02/2023	0	12	+200dhs	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03
- 9708		21/02/2023	0	12	+200dhs	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Flg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Montant global : 1000dhs

Mode de paiement Espèces Chèque

Signature et cachet

Adresse :

Téléphone : Fax :

E-mail :