

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-767043

complément.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2349

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAMA

Date de naissance : 20.6.51

Adresse : habituelle

Tél. : 0661453654

Total des frais engagés :

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 :

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

Le : 30/03/2023

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 وأذنتها 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 التعريفة 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 للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **DIOUANE AMAL** : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **345378** : رقم الانخراط

N° Immatriculation : **952 881 384** : رقم التسجيل

N° CIN : **C 78730** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint زوج ابن
Adresse : **11 Rue Abou Faris Ben Hamdane IM Hamza sur 2 Mars casa** : العنوان

Montant des frais (Dhs) : **1200 DH** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **01** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **DIOUANE AMAL** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **12 03 1958** : تاريخ الأزيداد

N° CIN : **C 78730** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى : الجنس

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : **094011467** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Soins : **X** : 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

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Faites sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **cas**
le : **9/01/2023**
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Faites sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **cas**
le : **9/01/2023**
توقيع طبيب الأسنان
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien
* : cocher la mention utile pour chaque case

* أنشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع

description des ordonnances

جرد الوصفات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزن الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

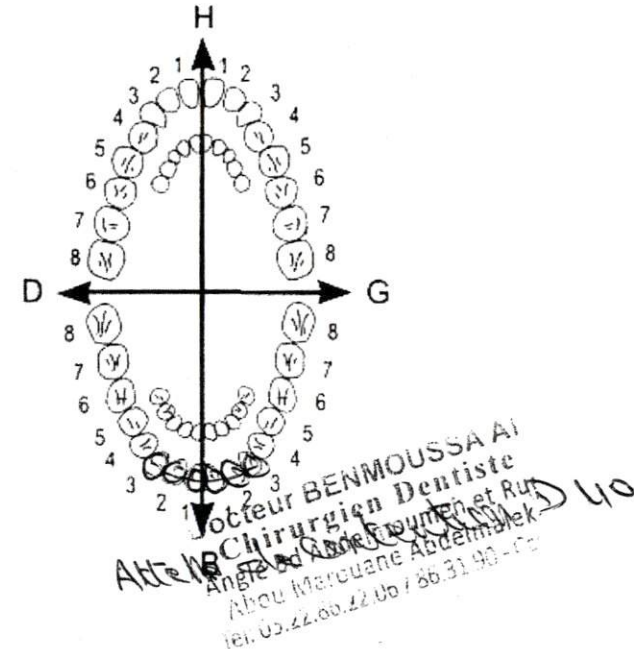
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Description des actes

وصف العمليات

اسنان 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 وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
Actuelle de		09/10/23	D	40	1200	
Contention mandibulaire						
claus les parodontopathies						
DT/10						

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لتدليل 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.

12:32



 57

CNOPS
 La solidarité n'est pas pour le seul

ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

ⓘ 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	-	23/03/2023	Virement	-	2 244,10	1 183,97	268,30	1 452,27
- 1	-	21/03/2023	Virement	-	1 200,00	560,00	80,00	640,00
78791146	25/01/2023	Payé en : 55 jours		DIOUANE AMAL	1 200,00	560,00	80,00	640,00
☰ 1	-	15/11/2022	Virement	-	3 299,00	1 398,00	13,20	1 411,20
☰ 1	-	07/04/2022	Virement	-	1 200,00	868,00	192,00	1 060,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger

☆☆☆☆☆

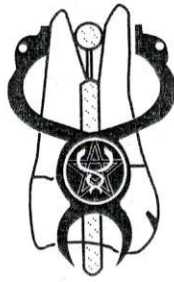


ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie



علي بنموسي

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca, le 09/10/2023 في الدار البيضاء ،

Facture

DIOUANE AMAL

- Attefte de contention mandibulaire
dans les parodontopathies

D710 → D40 → 1200 D 12

Arrêtée la présente facture à la somme de
mille deux cent dhs

Docteur BENMOUSSA Ali
~~Chirurgien Dentiste~~
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdelmalek
Tél: 05 22 86 22 06 / 05 22 86 31 90

زاوية شارع عبد المومن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطابق الأول - الدار البيضاء

Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90 الهاتف

ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467