

## 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.

complément.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2349 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUCHAMA

ABDELILAH

Date de naissance :

20. 6. 51

Adresse :

halitielle

Tél. :

0661453654

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

Le : 30. 03. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

*Abdelilah*

*ACCUEIL*

*W*

## 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

### Instructions à suivre

Présenter 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.

### Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

### Signature et tampon de la mutuelle

Date d'émission :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

### Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM 1.1.03.01  
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **DIOUANE AMAL**

34537

N° Affiliation :

952 881 384

N° Immatriculation :

C 78730

N° CIN :

01

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **M Rue Abou Fars Ben Hamdane IM**  
**Hamza2 sur 2 Mars Casa**

Montant des frais (Dhs) : **1200 D.H.**

Nombre de pièces jointes : **01**

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

**DIOUANE AMAL**

12 03 1958

C 78730

N° CIN :

M انتي F ذكر

#### Identification du chirurgien dentiste

**094011467**



N° INP

#### 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 :

لأشهر بضعة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **Casa** ..... حرب :

le : **9/01/2023** ..... توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بالبيانات المذكورة أعلاه  
Dentist: **REHMOUNI** ..... Dentiste: **REHMOUNI**  
Chirurgien Dentiste: **REHMOUNI** ..... مختار الطبيب المذكور  
Angle Bd Abdellatif Ben Abdellah 100  
Abou Marquai 100 Abdellatif Ben Abdellah 100

نوع العلاجات : **الطبب المذكور**  
Signature en Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* أشطب الخانة

La partie de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### **description des ordonnances**

### جزء الوصفات

توقيع و ملابع الصيدلى أو ممون المجهيزات الطبية  
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs de  
dispositifs médicaux

نوعية و ملابس الصيدلي او مومن المجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux	المبلغ المفتوح Prix facturé	تاريخ النفيضة Date d'exécution

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

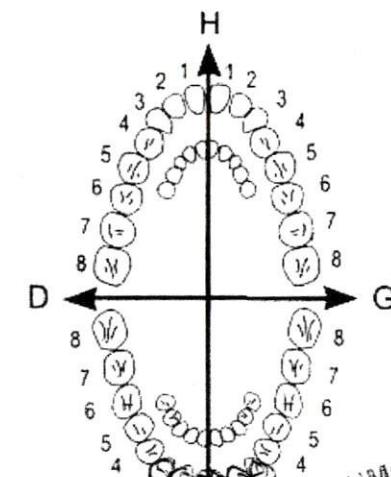
مطبوعات الأحياء، الأشعة و الصور

## Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين

### Description des actes

## وصف العمليات



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المبرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و هذه معاملتها طبقاً لتسلسل 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.

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



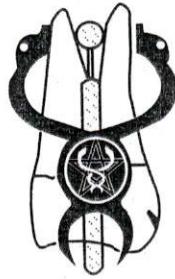
ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie

Diplôme de l'université de Bordeaux II



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca, le

05/10/11/2003

الدار البيضاء ، في

Facture

DIOUANE AFAL

- Atteinte de contention mandibulaire  
dans les parodontopathies

D710 → D40 → 1200 Dhs

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

Docteur BENMOUSSA A.  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue  
Abou Marouane Abdelmalek  
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90  
ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467

زاوية شارع عبد المؤمن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطايب الأول - الدار البيضاء  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage

الهاتف : Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90

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