

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.

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

COMPLEMENT
Déclaration de Maladie

M22- 0047317

156163

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI Mohammed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Dénoua walili, rue de Mme CASSA
Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 400,00 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 :

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 : CASSA Le : 04/04/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)
  Ma Situation
  Remboursements
  Prises en charge
  Immatriculation
 Menu ▾



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 3

EN COURS DE TRAITEMENT 3

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	1 605,10	579,09	64,19	643,28
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00	30,00	240,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09	9,59	149,68

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, examens radiologiques le cas échéant, etc.);

La feuille de soins doit porter le code INPE du praticien, ainsi que son cachet, sa signature et la date des actes ;

L'obtention d'une entente préalable de votre mutuelle est nécessaire pour certaines prestations. Visitez le site de la CNOPS ou votre mutuelle pour plus d'informations;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la Mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical. Pour l'orthodontie, le délai est de 60 jours après la fin de chaque semestre. Une entente préalable est nécessaire pour le premier semestre;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها، كما يجب إرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية والفواتير والرقم التسلسلي للدواء، الفحوصات الإشعاعية عند الاقتضاء...).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرمز التعريفي الوطني لمهنيي الصحة المعالج INPE الخاص بطبيب الأسنان إضافة لتوقيعه وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتعين الحصول على الموافقة المسبقة للتعاضدية بخصوص بعض علاجات الأسنان. ولهذا الغرض، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني للصندوق أو التعاضدية للمزيد من المعلومات.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي وفي حالة تقويم الأسنان، يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء كل أسدس علاج ويجب طلب الموافقة المسبقة للتعاضدية قبل الشروع في أول أسدس علاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

Entente Préalable * مسبقة ☐ Exécution * تنفيذ ☐

N° du Tél (optionnel): 06 64 99 1000 رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

Nom et prénom: **TRASSIM AMILA** الاسم العائلي والشخصي:

N° Affiliation: **182166** رقم الانخراط:

N° Immatriculation: **932602896** رقم التسجيل:

N° CIN: **B884734** رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☒ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Adresse: **AV. LE RUE DE NOUVEAU RUE** العنوان:

BOULEVARD EL KHANTARI WADILIT. MHB 8 CHABA

Montant des frais (Dhs): **400.00** إجمالي المصاريف (بالدرهم):

Nombre de pièces jointes: **2** عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

بénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: **Bassi** الاسم العائلي والشخصي:

Date de naissance: **04/06/1981** تاريخ الازدياد:

N° CIN: **B884734** رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe*: Masculin ☒ أنثى ☐ الجنس*: ذكر

Identification du médecin dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) **094008489** الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Soins*: ☒ 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 مايلي:

La date de l'accident: ☐ تاريخ الحادث:

Les causes de l'accident: ☐ أسباب الحادث:

Fait à: **23/03/2023** حرر بـ:

Le: **23/03/2023** في:

Toutefois (e) توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

حرر بـ: **23/03/2023**

في:

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: ☐ تاريخ الإيداع:

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع بيع هذا المطبوع

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
	<p>INP: <input type="text"/></p>	<p>INP: <input type="text"/></p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، 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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

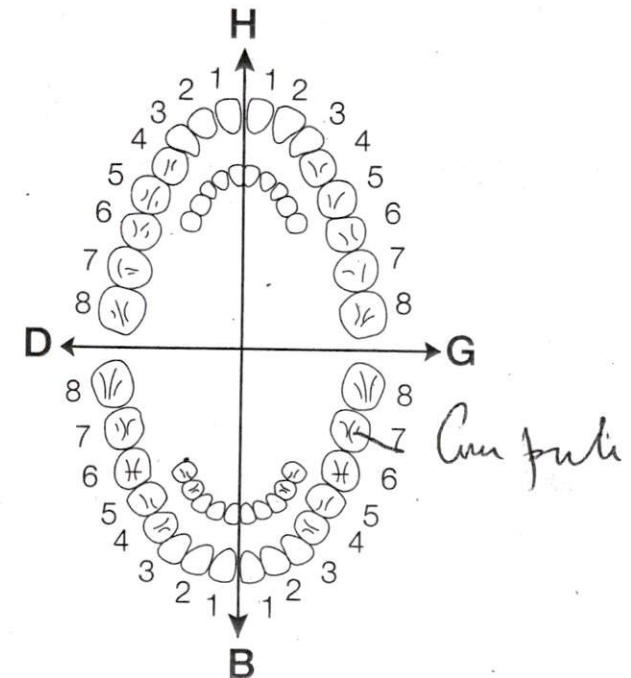
Description des actes

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
37	pour la teinte			Dis	vue	
		20 1 2073				

DR. BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
 300, Rue Mostapha El Maani
 Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها 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.

MME BASSIR JAMILA
ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

79996144

Date et heure : 27/03/2023 12:10

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

400,00

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :

Docteur **BELLAMINE Abdelaziz**

Docteur en Chirurgie Dentaire

IMPLANTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

300, Rue Mostapha El Maâni

(Face Rond-Point Mers-Sultan)

2^{ème} étage - CASABLANCA

Tél.: 05 22 26 42 94 / 05 22 27 84 49

GSM : 06 61 18 96 83

Casablanca, le 20.3.2023

الدكتور بلالامين عبد العزيز

طبيب جراحى للأسنان

زراعة الأسنان

خريج كلية الطب بتلوز

300، زنقة مصطفى المعاني

(قبالة رانوان مرس سلطان)

الطابق الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 42 94 / 05 22 27 84 49

المحمول : 06 61 18 96 83

الدار البيضاء، في

Bassi Jamila.

37 Route.

Prothèse dent DR

BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
300, Rue Mostapha El Maani
Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49