

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : N° S19-0051944

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 1511 Société : MUPRAS 168486

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KONKANE Latifa Date de naissance :

Adresse : Residence UMA I 704 Apt 2 - OULFA

Tél. : 0669131370 Total des frais engagés : 538,100 Dhs 188,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ALAOUI Abd B D'hamef Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

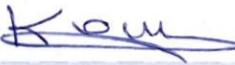
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 13/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19- 0051944

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1511

Nom de l'adhérent(e) : KONKANE Latifa

Total des frais engagés : 538,100 Dhs 188,72 Dhs

Date de dépôt : 13/07/2023

Dos RAM

Instruction 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغاضدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Tarih el eidat :
Signature :
.....

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب ارفاق ورقة التليممات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

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

N° Bordereau :
N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (4)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم الإنخراط :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

N° Affiliation :
N° Immatriculation :
N° CIN :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج ○ Enfant ابن ○ العنوان
Adresse :
Coordonnées
Montant des frais (Dhs) :
Nombre de pièces jointes :
9

مبلغ مصاريف (درهم) :
عدد الوثائق المرفقة :
تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإيداد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس * :
M ذكر ○ F أنثى ○

Déclaration du médecin traitant
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe * :
A. YAKOUBI SOUSSANE EI ABD

Identification du Chirurgien dentiste
نوع العلاجات
الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :
نوع العلاجات :
علاجم :
تعويض الأسنان :
تعويض الأسنان والفكين :
علاجات أخرى :
رقم المرافقة المسقبة :
في حالة حادث يرجى تحديد مالي :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :
أصلح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

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 :
Fait à : حرر ب :
le : في :
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.
Fait à : حرر ب :
le : في :
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر ب :
le : في :
Signature de l'assuré(e)

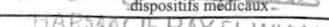
توقيع و طابع الطبيب المعالج او الوكالة الصادعة
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.

* أشطب الخانة
INP : Identification Nationale du Praticien
Cocher la mention utile pour chaque case

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

Description des ordonnances

حدائق صفات

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٥٤/٥٤/٢٠٢٣	١٣٨,١٥	 HARMACIE HAY EL WIAM 252 RD QUED SIDI LOUFA SAMI LANCA Tel: 05 22 91 17 31 1-12-2023
	INP : 	
	INP : 	

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

الصور، الاشعة، الاحياء و عمليات

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

Actes Paramédicaux

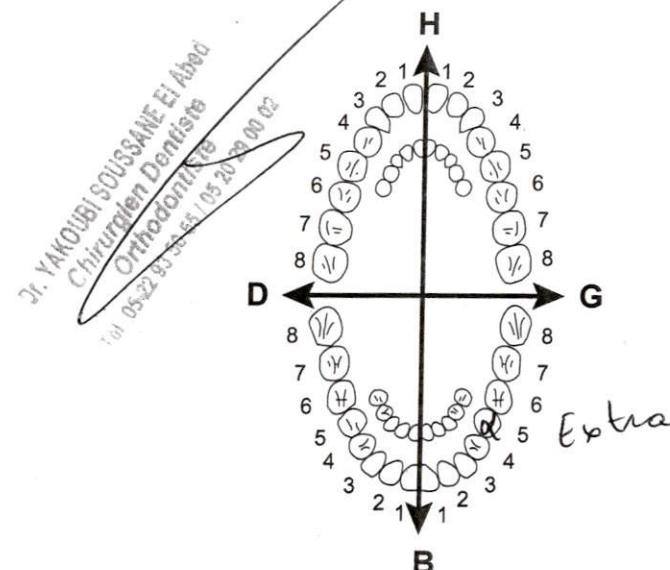
الطبعة المساعدة

التاريخ الميلادي Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Description des actes

وصف العمليات

CIM - 10



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

Casablanca, Le : 04/04/2023

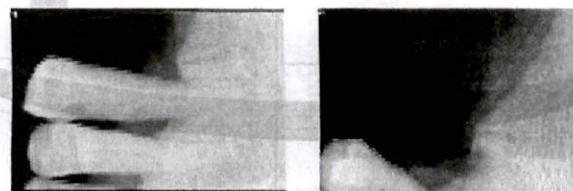
Nom Du Patient : ALAOUI ADIB MHAMED

Facture

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
35	Extraction	D713 D10	400
Total			400

Le montant de soins s'élève à 400 dhs.

RADIOGRAPHIE



Dr. YAKOUBI SOUSSANE El Abdi
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
tel: 05 22 93 50 55 / 05 20 20 00 02

Casablanca, le : 4-4-23

Nom Du Patient: Hassan Nabi Nasser

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



PPV : 55,00 DH
LOT : 651310
PER : 11 / 24

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



PPV 14 DH 6 0
PER 10 / 25
LOT L 3694

KIN
Gingival
Encías Gengivas
Gums Gencives

22
LOT 68.51
UTAV
P.P.C.



8 470003 731591

Dr. YAKOUBI SOUSSANE El Abey
 Chirurgien Dentiste - Orthodontiste
 Bd. Oum Rabia Rés. Firdaouss
 GH 25A Appart 3 - Casablanca
 Tel: 05 22 93 50 55 - 05 20 29 00 02
 Fax: 05 22 93 50 55 - 05 20 29 00 02

PHARMACIE HAY EL WIAM
 2500 CASABLANCA
 TÉL: 05 22 93 50 55
 INDE: 05 22 93 50 55

MR ALAOUI ADIB M'HAMED

RES WIAH IMM 1 APPT 2

CULFA

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

N° de Dossier :

8000001.00

Date et heure : 11/04/2023 14:16

Nom et prénom Assuré :

ALAOUI ADIB M'HAMED

Identification :

44873200 / 80000001

Nom et prénom bénéficiaire/Rang:

ALAOUI ADIB M'HAMED

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40110

Valeur en Dirhams :

525.00

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : MAMMO100

Nom Etablissement :

1/1

Royaume du Maroc



CNOPS

Accusé de Réception



Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

● 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	-	28/06/2023	Virement	-	8 443,00 730,66	2	0,00	2 730,66
80884480	16/05/2023	Payé en : 43 jours		ALAoui ADIB M'HAMED	3 378,00 410,66	1	0,00	1 410,66
81278686	05/06/2023	Payé en : 23 jours		ALAoui ADIB M'HAMED	5 065,00 320,00	1	0,00	1 320,00
■ 1	-	12/06/2023	Virement	-	538,10	188,72	0,00	188,72
■ 1	-	01/03/2023	Virement	-	2 000,00	800,00	0,00	800,00
■ 2	-	17/02/2023	Virement	-	3 873,31	624,12	0,00	624,12