

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



Complément Dossier (époux)  
ALAOUI ABB D'hamel

Déclaration de Maladie : N° S19-0051944

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511 Société : MUPRAS 168486  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KOURANE Latifa Date de naissance :  
Adresse : Résidence WIAN 1094 - Apt 9 - OULFA  
Tél : 0669 13 13 70 Total des frais engagés : 538,1004 (R 18872) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : ALAOUI ABB D'hamel 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 ADHERENT

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) : Kourane Latifa  
Total des frais engagés : (538,10) 188,72  
Date de dépôt : 13 / 07 / 2023

## 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



# 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.

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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة  
Entente Préalable\*

تنفيذ  
Exécution\*

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : H'Raamel ALAOUL ADIB

N° Affiliation : 3627218

N° Immatriculation : 441873255

N° CIN : B 98405

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : Résidence 4147 - 147 4 - Apt 2 OULFA

العنوان : 4147 - 147 4 - Apt 2 OULFA

Montant des frais (Dhs) : 538, 10 DH

عدد الوثائق المرفقة : 9

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي و الشخصي : ALAOUL ADIB H'Raamel

Date de naissance : 01/01/42

N° CIN : .....

Sexe \* : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du Chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 094371451

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 : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : 11/04/2023

في : 11/04/2023

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

في : 04/04/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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 cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعاضدا بيع هذا المطبوع



جرد الوصفات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/06/2023	138,10	PHARMACIE HAY EL WIAM 252 RD OUED SBAOULOUFA <del>SABLANCA</del> Tel: 05 22 91 17 31
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] INP-05815040	
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

## Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

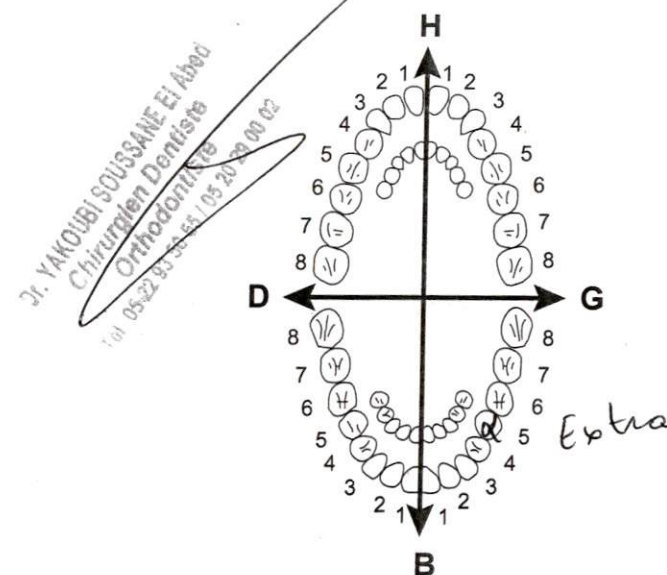
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

### Description des actes

وصف العمليات

[illegible]

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة 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

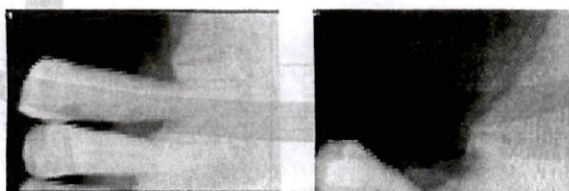
Nom Du Patient : ALAOUI ADIB MHAMED

## 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 Abet  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Tél. 05 22 93 50 55 / 05 20 20 00 02





MR ALAOU ADIB M'HAMED

Royaume du Maroc

DES MIAM IMM 1 ADPT 2

OULFA

CASA

CASA DE ANCI PRINCIPAL

20001



Bureau de Réception



N° de Dossier :

00309100

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

Nom et prénom Assuré :

ALAOU ADIB M'HAMED

Identification :

407325 / 50000051

Nom et prénom Bénéficiaire (Nang):

ALAOU ADIB M'HAMED

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40410

Valeur en Dirhams :

535,40

Nombre de pièces :

1

Code Etablissement :

Agence de réception :

MAROC

Nom Etablissement :

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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	2 730,66	0,00	2 730,66
80884480	16/05/2023	Payé en : 43 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	3 378,00	1 410,66	0,00	1 410,66
81278686	05/06/2023	Payé en : 23 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	5 065,00	1 320,00	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