

# 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



## Déclaration de Maladie

M23- 0027699

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1298 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HADJI MORAD  
 Date de naissance : 28.09.1983  
 Adresse : 177701  
 Tél. : 0662104291 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 par 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 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 التعريف 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

## Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة  
Entente Préable

تنفيذ  
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ABDELLAOUI AMAL** الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : **390165** رقم الإنخراط :

N° Immatriculation : **432915898** رقم التسجيل :

N° CIN : **BH350261** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) \* **Conjoint** ☐ زوج ☐ **Enfant** ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Adresse : **Lotissement Hanane NG** العنوان : **801 MAAROUF CASABIANCA**

Montant des frais (Dhs) : **3000 Dhs** مبلغ مصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **3** عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Abdellaooui Amal** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Abdellaooui Amal** الإسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : **12/02/88** تاريخ الإزدياد :

N° CIN : **BH350261** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe \* : **M** ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ الجنس \* :

## Identification du Chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : **094182722** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **TE = 00176401900039** نوع العلاجات

Soins \* : **507407M** علاجات :

Prothèse \* : **Orthodontie et O.D.F.** تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F. \* : **Etage Supérieur** تقويم الأسنان والفكين :

Autres \* : **0612020688** علاجات أخرى :

N° entente Préable : **0612020688** رقم المرافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : **0612020688** في حالة حادث يرجى تحديد مايلي :

La date de L'accident : **0612020688** تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : **0612020688** أسباب الحادث :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. **0612020688** أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **0612020688** حرر ب : **0612020688** في : **0612020688**

Signature de l'assuré (e) **0612020688** توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الممارسة الصحية

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins. **0612020688** Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.



جريد الوصفات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [ ]	
	INP : [ ]	

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

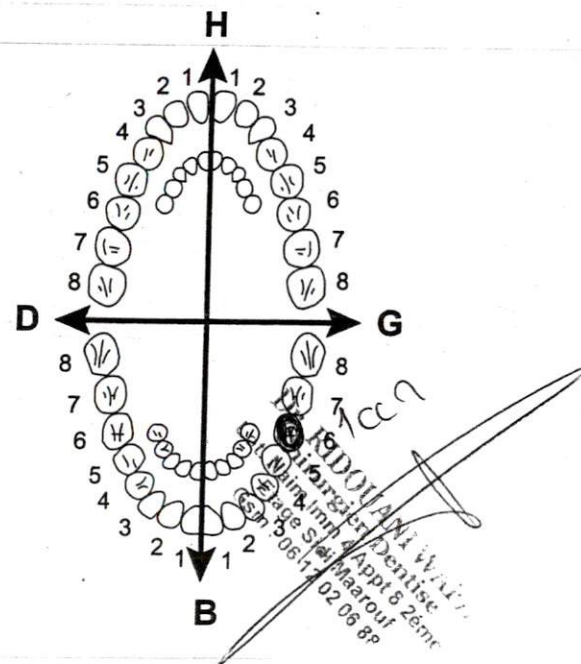
## عمليات المساعدين الطبيين

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: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

### Desc

أسنان معالجة Dents traitées	العمليات Code des ad	معامل العمل Nbre clé + on NGAP	Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
30/08/23		1ccn supra 36 D	200	= 3000 e

Dr KADOUA ALI  
Lot. Chirurgien Dentiste  
Etat Bld Maarouf  
Gst / 06 72 92 06 88



# CABINET DENTAIRE SPÉCIALISÉ



DR. Wafaa Ridouani  
CHIRURGIEN DENTISTE SPÉCIALISÉ

## DR. WAFAA RIDOUANI

- Dentisterie esthétique ( Blanchiment + Hollywood smile + Facettes dentaires + Soins esthétiques ... )
- Prothèses
- Chirurgie et implantologie
- Paradontie
- Orthodontie

## الدكتورة وفاء الرضواني

- طبيبة جراحية اختصاصية الأسنان
- العلاج التجميلي للأسنان ، تبييض (ترميم...)
- زرع الأسنان والجراحة
- أمراض اللثة
- تقويم الأسنان

CASABLANCA , LE ..... 30/08/23 ..... في الدار البيضاء ،

## FACTURE

Je soussigné D<sup>r</sup> Ridouani Wafaa  
Certifie avoir réalisé  
Avec une prothèse dentaire  
et ce au prix convenu et réglée en  
es pece de 3000 dh

DR. WAFAA RIDOUANI  
Ecole Naim Slim 4 April 82eme  
Etagé Sidi Mourof  
Gsm : 06 12 02 06 88

LOT NAIM NIM 4 APRIL 82EME ETAGE SIDI MAAROUF CENTRE COMMERCIAL ALAMINE

بناية النجم عمارة ، الطابق الثاني ساحة رقم 4 شارع نعيم سليم 4 أبريل 82

06 12 02 06 88  
06 59 64 51 16

06 12 02 06 88  
06 59 64 51 16

ridwaf@gmail.com

ridwaf@gmail.com







Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app



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

EN COURS DE TRAITEMENT **1**

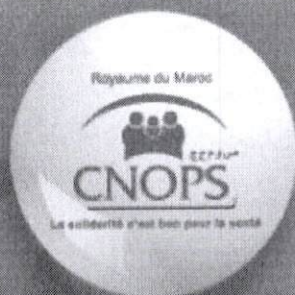
**REJET 2**

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	Motif
2	-	-	5 300,00	0,00	0,00	0,00	
64925121	09/12/2020	ABDELLAOUI AMAL	2 300,00	0,00	0,00	0,00	
82727230	01/09/2023	ABDELLAOUI AMAL	3 000,00	0,00	0,00	0,00	

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

☆☆☆☆

[Accueil](#)[Action](#)[Fr](#)

Numéro : 9377393

Statut : Cloturée

Entité concernée : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

Entité responsable : Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

	Détail	Pièce jointe	Date
matique	-	-	28/09/2023
e	Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc	-	20/09/2023

Bonjour,

Faisant suite à votre requête, j'ai le regret de vous informer votre dossier de maladie dentaire N°82727230 a été transmis au Département du contrôle médical de la Mutuelle OMFAM, la décision du Médecin Contrôleur était défavorable et définitive pour motif que les couronne Céramo-céramiques ne sont pas prises en charge par la CNOPS(dent 36).

Salutations.

Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

20/09/2023

Madame, Monsieur,

Nous portons à votre connaissance que vous avez reçu une réponse se rapportant à votre réclamation de références :

Numéro :  
9377393



les couronne Ceramo-ceramiques ne sont pas prises en charge par la  
CNOPS(dent 36).

**Salutations.**

ge reçu

Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

20/09/2023

Madame, Monsieur,

Nous portons à votre connaissance que vous avez reçu une réponse se  
rapportant à votre réclamation de références :

Numéro :

9377393

Objet de la réclamation

Dossier n:82727230 rejeté

Message :

Bonjour,

en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir  
mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaître les raisons de ce  
rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

Nous vous invitons à vous rendre sur notre plate-forme Suivre ma  
réclamation pour prendre connaissance de la réponse, puis à confirmer la  
clôture de la réclamation ou la ré-ouvrir.

Nous vous informons qu'en l'absence d'une réaction de votre part dans un  
délai de 7 jours, la réclamation sera clôturée automatiquement.

Nous vous remercions d'avoir utilisé ce service.

Cordialement.

ge reçu

Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

20/09/2023

سيدي، سيدي،

: نحيطك علما أنك تلقيت إجابة بخصوص شكائكم المسجلة تحت رقم

الرقم :

9377393

موضوع الشكاية

Dossier n:82727230 rejeté

نص الشكاية :

Bonjour,

en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir  
mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaître les raisons de ce  
rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

نحن ندعوكم لزيارة بوابة الشكايات تتبع شكائكم للاطلاع على الجواب، ومن ثم إغلق الشكاية أو إعادة فتحها  
لنحيطك علماً أنه سيتم إغلاق شكائكم بشكل تلقائي خلال فترة 7 أيام إذا لم تظفي أي ملاحظات من طرفكم

سيدي، سيدي،

: تحيطك علماً أنك تلقيت إجابة بخصوص شكايته المسجلة تحت رقم

: الرقم

9377393

موضوع الشكاية

Dossier n:82727230 rejeté

نص الشكاية :

Bonjour,

en consultant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de voir mon dossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaître les raisons de ce rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

نحن ندعوكم لزيارة بوابة الشكايات تتبع شكايته لتتطلع على الجواب، ومن ثم إعلق الشكاية أو إعادة فتحها.

تحيطك علماً أنه سيتم إعلق شكايته بشكل تلقائي خلال فترة 7 أيام إذا لم تلقى أي ملاحظات من طرفكم

نشكركم على استعمالك لهذه الخدمة

مع تحياتنا

Oeuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents au Maroc

20/09/2023 08:51

Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

18/09/2023 13:02

Par le demandeur

18/09/2023 13:02

Pièce  
jointe

Coordonnées

Statut / Actions

9377393

pôt : 18/09/2023 13:02

sier n:82727230 rejeté

Bonjour,

ant mes demandes de remboursement, j'ai été surprise de  
ossier n 82727230 rejeté, j'aimerais bien connaître les  
ce rejet et comment puis-je faire pour le corriger .

abdellaoui amal

✉ : amal.abdellaoui1@gmail.com

Cloturée

