

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	03569	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	177664
Nom & Prénom :		DIAMANE MOSTAFA	
Date de naissance :		18.07.1955	
Adresse :		Lot el ottmania n° 62 Bd Moukhtar Boussi Sidi Maalouf Casa	
Tél. :		06 66 18 09 44	Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HARRAMI Nafissa Age: 67 ans

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 : Casa

Le : 09.09.2023

Signature de l'adhérent(e) :

06 66 18 09 44

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins Dentaires

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



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

EL HARRAMI NAJIMA

خاص بالمؤمن له (ها)

N° Nom et prénom :

133395

الاسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation :

032405840

رقم الاتصال :

N° Immatriculation :

L 131396

رقم التسجيل :

N° CIN :

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

العنوان : *Lot ELCHAMANIA N° 2 SIDI MAAROUF CASABLANCA*

مبلغ المصاريف (درهم) : *500,00*

عدد الوثائق المرفقة :

نوع

Joint

Enfant

ابن

Adressse : *Ab MOUKHTAR SOUSSI*

Montant des frais (Dhs) : *500,00*

02

تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant

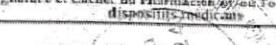
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : *EL HARRAMI NAJIMA*

نوع العلاجات

description des ordonnances

مدونات الله

التاريخ المكتوب Date d'exécution	السعر المكتوب Prix facture	توقيع و ملخص التصريح بأسماء الموردين المعتبرات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
١٧١٥/٢٩٣	١٤٥,٨٧	

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عملات الاحماء، الاشعة و الحمور

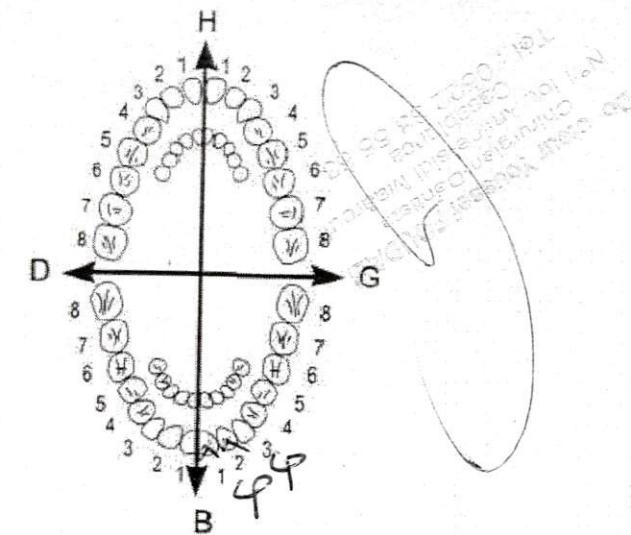
Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عملنات

Description des actes

وصف العينات

اسنان معالجة Dents traitées	رمز العطليات Code des actes	تاريخ العطليات Dates des actes	معامل العطليات Lettre clé + Coatition NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cache du Chirurgien Dentiste
31	D ₇₀₀	17/05/23	D ₇₀	17.50	250.00	
32	D ₇₀₀	17/05/23	D ₇₀	17.50	250.00	



على الطبيب تحديد السن المصالح، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و هذا معاييرها حليبا تدليل 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 EL HARRAMI NAJIMA
LOT ELOTMANIA N62 SIDI MAAR
OUF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier : 81406989 Date et heure : 12/06/2023 11:02
Nom et prénom Assuré : EL HARRAMI NAJIMA
Immatriculation : 93405840 / 090090407
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HARRAMI NAJIMA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90129
Valeur en Dirhams : 500,00 Nombre de pièces : 1
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE244
Nom Etablissement :



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

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) Accès direct Informations 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 2	EN COURS DE TRAITEMENT 1	REJET 1	PAYE
-------------	--------------	--------------------------	---------	------

❶ 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
- 1	-	04/09/2023	Virement	-	2 994,25	706,58	117,70	824,28
82020734	17/07/2023	Payé en : 49 jours		EL HARRAMI NAJIMA	2 994,25	706,58	117,70	824,28
- 1	-	02/08/2023	Virement	-	500,00	280,00	40,00	320,00
81406989	12/06/2023	Payé en : 51 jours		EL HARRAMI NAJIMA	500,00	280,00	40,00	320,00
■ 2	-	28/06/2023	Virement	-	5 437,00	1 264,00	3,00	1 267,00
■ 1	-	01/06/2023	Virement	-	1 658,00	680,60	89,28	769,88
■ 1	-	05/04/2023	Virement	-	1 000,00	400,00	50,00	450,00
■ 1	-	22/03/2023	Virement	-	3 347,50	1 739,25	402,44	2 141,69
■ 1	-	02/03/2023	Virement	-	500,00	120,00	5,00	125,00
■ 1	-	17/02/2023	Virement	-	796,40	198,00	13,20	211,20

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

★★★★★

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : Dr Fouadli YOUSSEF

N° de l'INPE : 09 40 13 2 16

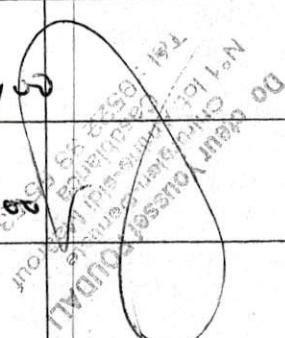
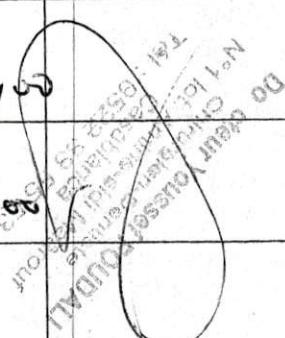
N° de l'ICE : 00 16 38 73 7000069

N° de l'IF : 50730150

169
203

EL HARRAM; NAJIMA

Date 17 - 05 - 23

أنسان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	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 Médecin Dentiste
31	D _{fuu}	17.05.23	D ₁₀	17,50	250,00	
32	D _{fuu}	17.05.23	D ₁₀	17,50	250,00	

Montant global : 500,00

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Signature et cachet

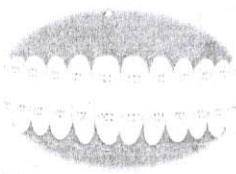
Adresse : Bd ABBAK R EL leadi RI N° 1 Lotissement Amine
Sidi Mârouf
Téléphone : 05 22 33 55 53 Fax :
E-mail : Fouadli.youssef@yahoo.fr.

Dr. Youssef FOUDALI

Medecin dentiste spécialiste
D.U Implantologie Orale - BORDEAUX.
D.U Orthodontie - Dijon-

د. يوسف فودالي

طبيب جراحي للأسنان



ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE - SOINS - PROTHESE

ORDONNANCE

Casablanca , le 17/05/23

Madame EL HARRAMI NAJIMA

73,50
-elmex bain bouche sensitve500ml
2 fois / j
-brosse interdentaire interprox 1,3
145,50

Dr. CHAHIB
Abderrahim
Télé: 0522 12 40
N°1 lot. Ammine Sidi Maârouf
Tél: 0522 33 55 53

Docteur Youssef FOUDALI
Chirurgien-Dentiste
N°1 lot. Ammine Sidi Maârouf
Tél: 0522 33 55 53

Docteur FOUDALI Youssef

Bd. Aboubakr El Kadiri, N°1, Lotissement Amine - Sidi Maârouf
(En face CEMA, au dessus BMCI) - Casablanca
Tél. 05 22 33 55 53 / 06 35 14 56 03 - E-mail: foudaliyoussef@yahoo.fr