

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025363

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIAMANE MOSTAFA

Date de naissance : 19.05.1975

Adresse : Lot El Othmania n°62 Bd MoukHTAR
Sousse Sidi Maarouf Casa
Tél. : 06 66 180944 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HARRAMI Najima 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

09/09/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-245 / 2019

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

06 66 18 09 44

Instructions à suivre

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأدائها 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 المحسوفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمتنظمات 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 :

تاريخ الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري من المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Rég ANAM 110301
مراجعة رقم

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Identification du chirurgien dentiste

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 :

أشهد بصحة كل ما ذكره أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à : CASABLANCA
le : 17-05-23
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : CASABLANCA
le : 17-05-23
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des ordonnances

جدول الوصفات

| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | التمن المفوتر Prix facture | توقيع وطابع الطبيب (أو ميمون الأجهزة الطبية) Signature et Cachet du Pharmacien, ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17/5/2023 | 145,50 | |
| | | |

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، 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 الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

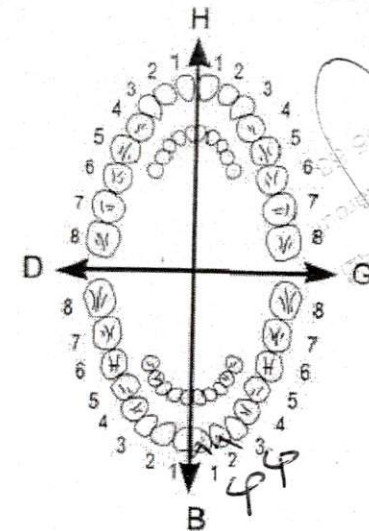
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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 |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 31 | D ₁₀₀ | 17-05-23 | D ₁₀₀ | 17,50 | 250,00 | |
| 32 | D ₁₀₀ | 17-05-23 | D ₁₀₀ | 17,50 | 250,00 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

CIM - 10



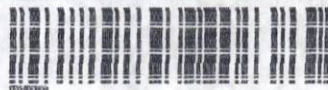
على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاج و كذا معاملها طبقا لتدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

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 / 090080407
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/authentification](#)

[Mon Compte](#)

[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

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 \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr)

★★★★★

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste: D^r Foudali Youssef

N° de l'INPE: 094013216

N° de l'ICE: 001638737000069

N° de l'IF: 50730150

169
2003

ELHARRAM; NAJIMA

Date 17 - 05 - 23

| أسنان معالجة Dents traitées | رمز العمليات Valeur Clé | تاريخ العمليات Dates des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة العامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 31 | D _{fco} | 17.05.23 | D ₁₀ | 17,50 | 250,00 | |
| 32 | D _{fco} | 17.05.23 | D ₁₀ | 17,50 | 250,00 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Montant global: 500,00

Mode de paiement ☒ Espèces ☐ Chèque

Signature et cachet

Adresse: 3d ABouBAKR ELkadiRE N° 109
Saidmarouf

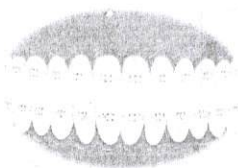
Téléphone: 05 22 33 55 53 Fax:

E-mail: Foudali.youssef@yahoo.fr.

Signature et cachet
D^r Foudali Youssef
Dentiste
N° 109
Tél: 05 22 33 55 53

Dr. Youssef FOUALI

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



د. يوسف فودالي

طبيب جراحي للأسنان

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE - SOINS - PROTHESE

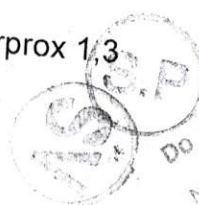
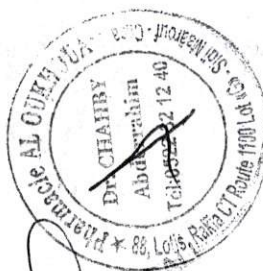
ORDONNANCE

Casablanca , le 17/05/23

Madame EL HARRAMI NAJIMA

79,50
-elmex bain bouche sensitive 500ml
2 fois / j
-brossette interdentaire interprox 1,3

145,50



Docteur Youssef FOUALI
Chirurgien Dentiste
N°1 lot Amine El Maârouf
Casablanca
Tél : 05 22 33 55 53

Docteur FOUALI 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