

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-792409

A 01300

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 07703		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELKHA			
Date de naissance : 01/01/1958			
Adresse : Asram R/ El Jadida CS 670			
Tél. : 0664183090		Total des frais engagés : 670 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

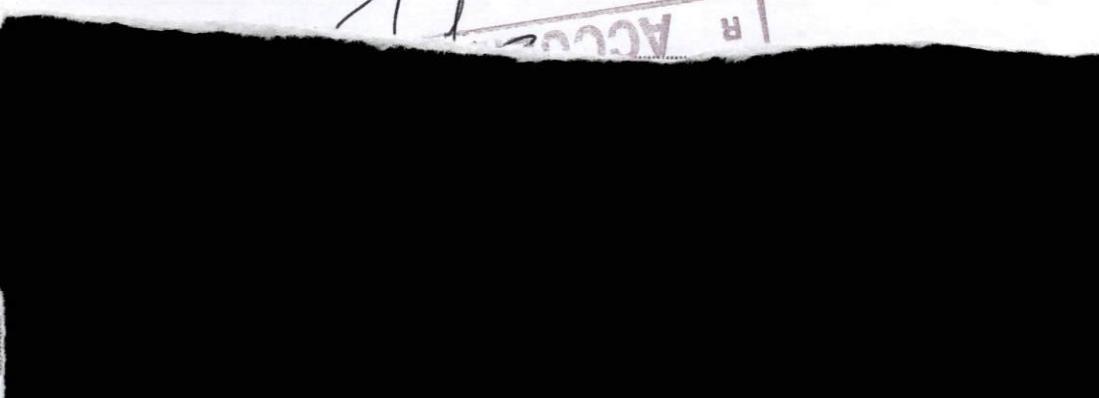
Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/10/2023
Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Cmplne
En cas d'accident préciser 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2024



Instructions 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 التماضية	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Tariх едидат :	

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.

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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في غرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، مما مدة في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغويض.

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

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires



موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.03.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE

986711

N° Affiliation :

932684448

N° Immatriculation :

C352279

N° CIN :

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

Conjoint Enfant

العنوان : Residela le palmier App 111 Bloc A
route Al Jadida Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 670 DH

Nombre de pièces jointes : 2

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Sekka t Rajae

3610911963

Date de naissance :

C11B519875

N° CIN :

M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

1094164365

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 :

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات :

علاجات :

تعويض الاسنان :

تقويم الاسنان و الفكين :

علاجات أخرى :

رقم المراقبة المسبيقة :

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.	
Fait à : Cara	حرر ب :
le : 10/10/2013	في : 10/10/2013
توقيع المؤمن له (لها)	
Signature de l'assuré (e)	

- INP : Identification Nationale du Praticien

- Cocher la mention utile pour chaque case

أصرح بمصداقتي بصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à :	حرر ب :
le : 10/10/2013	في : 10/10/2013
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة المعنية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* أطلب الخاتمة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متبعاً كلها بيع هذا المطبوع

description des ordonnances

جريدة الوصفات

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	النوع المغلوط Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو موئن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourneurs de dispositifs médicaux
٠٣/١٥/٢٠٢٣	١٧٥٠٠	<p style="text-align: center;">Pharmacie MIMOSAS</p> <p>Hind AAKHMIKI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tél 022.55.55.57 - Fax 022.55.24.78</p>
	INP : INPE 092042753	
	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 المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

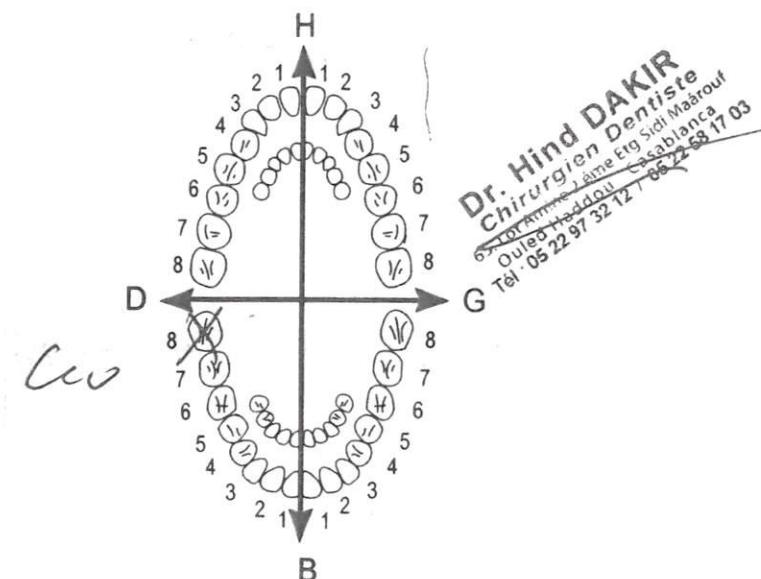
Actes Paramédicaux

الطباطبائی

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

Description des actes

وصف العمليات

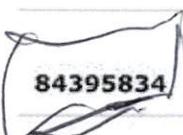


علي المبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذلك معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

Information

ENREGISTRE **3**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
- 3	-	02/01/2024	Virement	-	1 768,80	677,26	103,49	780,75
 84395834	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	670,00	247,80	44,64	292,44
84395890	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	666,00	200,50	23,40	223,90
84396045	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	432,80	228,96	35,45	264,41
- 3	-	28/06/2023	Virement	-	1 970,70	540,84	72,79	613,63
81333709	07/06/2023	Payé en : 21 jours		SEKKAT RAJAE	686,10	101,62	17,26	118,88
	07/06/2023	Payé en : 21 jours		SEKKAT	761,90	303,33	46,90	350,23

NOTE D'HONORAIRES

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65 Lot Amine 2 eme Etg Sidi Maârouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél. 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 094 16 43 65

N° de l'ICE : 0016742270000 05

N° de l'IF : 50 FA 58 70

Bénéficiaire : Sekhad Raja

Date 03/10/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
48	973	03/10/2023	D	10	+ 500 dh	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65 Lot Amine 2 eme Etg Sidi Maârouf Ouled Haddou Casablanca Tél. 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Montant global : 2500 dh

Mode de paiement Espèces Chèque

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65 Lot Amine 2 eme Etg Sidi Maârouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél. 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65 Lot Amine 2 eme Etg Sidi Maârouf
Ouled Haddou Casablanca
Tél. 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111
R
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

**Accusé de Réception**

00000000000000000000000000000000

N° de Dossier : 84395834 Date et heure : 27/11/2023 12:15

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 670,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :