

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0015206

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERIDAI Mohamed
 Date de naissance : 22/07/1957
 Adresse : 81, Rue Larache APP 18 CASABLANCA
 Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 500 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément remboursement CNOPS
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BAKKALI Faouzi
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 2026
 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) : [Signature]
 Le : 31/01/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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

Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, examens radiologiques le cas échéant, etc.);

La feuille de soins doit porter le code INPE du praticien, ainsi que son cachet, sa signature et la date des actes;

L'obtention d'une entente préalable de votre mutuelle est nécessaire pour certaines prestations. Visitez le site de la CNOPS ou votre mutuelle pour plus d'informations;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la Mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical. Pour l'orthodontie, le délai est de 60 jours après la fin de chaque semestre. Une entente préalable est nécessaire pour le premier semestre;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها، كما يجب إرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية والفواتير والرقم التسلسلي للدواء، الفحوصات الإشعاعية عند الاقتضاء...).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرمز التعريفي الوطني لمهنيي الصحة المعالج INPE الخاص بطبيب الأسنان إضافة لتوقيعه وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتعين الحصول على الموافقة المسبقة للتعاضدية بخصوص بعض علاجات الأسنان. ولهذا الغرض، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني للصندوق أو التعاضدية للمزيد من المعلومات.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي وفي حالة تقويم الأسنان، يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء كل أسدس علاج ويجب طلب الموافقة المسبقة للتعاضدية قبل الشروع في أول أسدس علاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 00-65).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

Entente Préalable * موافقة مسبقة ☐ Exécution * تنفيذ ☐

N° du Tél (optionnel): 06 50 012 550 رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

Nom et prénom : BAKKACI Fadoua الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 1111183 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 5151 2988 43 رقم التسجيل :

N° CIN : A169156 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : 81, Rue Laveche App 16 Hay ESSACAM العنوان CA SABLONIA 20210

Montant des frais (Dhs) : 500 DHS إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 01 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BAKKACI Fadoua الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 06/11/1957 تاريخ الميلاد :

N° CIN : A169156 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس :

Identification du médecin dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

0900000431

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Soins* : ☐ علاجات : Prothèse* : ☐ تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F* : ☐ تقويم الأسنان والفكين : Autres* : ☐ علاجات أخرى :

N° Entente Préalable : رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : في حالة حلت يرجى تحديد مايلي :

La date de l'accident : تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : أسباب الحادث :

Fait à : CASABLANCA حرر في :
Le : 22/11/2023 في : 22/11/2023

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca حرر في :
Le : 22/11/2023 في : 22/11/2023

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع متعا كليا بيع هذا المطبوع

جـرد الوصفـات

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

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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

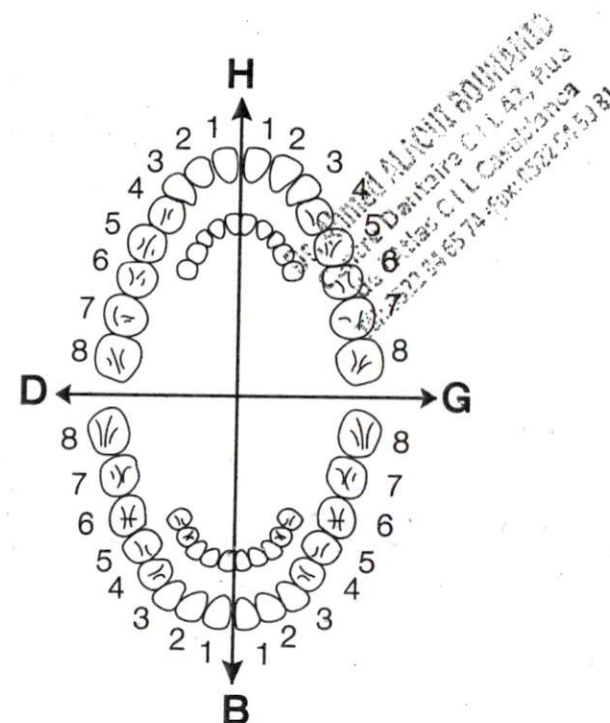
عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

وصف العمليات

[illegible]

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة 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.

**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



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

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/assureur\)](#) [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 6

REJET 1

PAYE

NON PAYE 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
1	-	08/01/2024	Virement	-	500,00	168,00	24,00	192,00
84752469	14/12/2023	Payé en : 25 jours		BAKKALI FADOUA	500,00	168,00	24,00	192,00

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

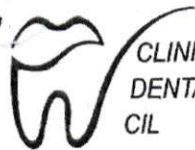
Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie

Implantologie – Prothèse fixée

Et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



CLINIQUE
DENTAIRE
CIL

الدكتور أحمد العلوي بو حميد

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في امراض اللثة

الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca, le 22/11/2023

Patient(e): BAKKALI fadoua

INP : 094014131

IF : 40909045

ICE : 001784424000064

FACTURE N° 3823F2022

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
DET	0	Toutes	500,00 DH
TOTAL			500,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Cinq cent Dh

Signature du Praticien

Dr. Ahmed ALAOU BOUHAMID
Clinique Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

C l i n i q u e D e n t a i r e C I L

42, rue de l'atlas – CIL*Casablanca* Tél. : 05 22 94 65 74* Fax : 05 22 94 59 81

Site web : www.clinicdentairecil.com