

# 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](http://www.mupras.com)

M23-0024887

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : SAUHAIL LATHON A98721  
 Nom & Prénom : SOUHAIL LATHON Date de naissance : 13/01/1958  
 Adresse : WAFI 11 M. 12 AL WILAYA ST 5  
OUED FA - CASA Tél. : 0668882421 Total des frais engagés : 455,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

SAUHAIL CONFIDENT

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lui-même  Conjoint  Enfant

Lien de parenté : ..... Nature de la maladie : ..... Pathologie : .....  
 ALD  ALC

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 : CASA Le : 11/03/24

Signature de l'adhérent(e) : SOUHAIL LATHON



## 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 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 طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

## Feuille de soins Dentaires

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ملئ ENNAIM ILMAM

142911

N° Affiliation : 932429629

3439826

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : WAGANINNA Résidence AL WIAM  
..... 189 OUCHA CATAZMA 64

Montant des frais (Dhs) : 455,00 DHS

Nombre de pièces jointes : 02 feuilles

## Déclaration du médecin traitant .

### Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي و الشخصي : Ennaim ILMAM

تاريخ الازدياد : 2209160

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8439826

الجنس\* : M ذكر F أنثى

## Identification du chirurgien dentiste

N° INP

09414939

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 بصحمة كل ما ذكر أعلاه .

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CARTHAGENA

في : 16/03/2018

le : 25/02/2018

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و تكملة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Richard dentiste

في : 16/03/2018

العنوان : 15094

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الم濫حة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* لشطب الخاتمة

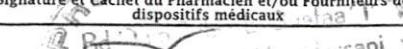
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع معاً كلباً بيع هذا المطبوع

## **description des ordonnances**

## جرد الوصفات

التاريخ المتفق Date d'exécution	النوع المفتوح Prix facturé	توقيع و طابع الصيحي أو موئع التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux
20/11/2023	55,00	 
	INP : 92052208	
	INP :	

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

الصور و الأشعة، الأحياء عمليات Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>					

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدين عمليات

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

### Description des actes

## وصف العمليات

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا 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.

MME ENNAIM ILHAM

BD OUM RABII IMM 2 ETG 3

APPT 9 OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA HAY EL OULFA

20202

N° de Dossier :

85009797

Date et heure : 26/12/2023 15:23

Nom et prénom Assuré :

ENNAIM ILHAM

Immatriculation :

93429629 / 090088639

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ENNAIM ILHAM

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90150

Valeur en Dirhams :

455,00

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE336

Nom Etablissement :

Agent de réception : 9MGE336



## Remboursements



04/03/2024

2 dossiers | 610.90 DH

01/03/2024

2 dossiers | 359.30 DH

N° dossier

85009797

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

ENNAIM ILHAM

Frais engagés

455 DH

Remboursé

207.3 DH

N° dossier

85009771

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

ENNAIM ILHAM

Frais engagés

200 DH

Remboursé

152 DH

08/01/2024

1 dossiers | 162

CENTRE D'APPELS CROPS  
053 800 20 20

17/11/2022

1 dossiers | 162.00 DH



**Docteur Hicham AFFAR**

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de  
Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de

l'ancé

implantologie de l'Université Paul  
Cézanne

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



PPV : 55.00 DH  
LOT : 652123  
PER : 03/25



**الدكتور هشام عفار**

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

## ORDONNANCE

Casablanca, le 20/12/2023

Mme ENNAIM ILHAM

55,00

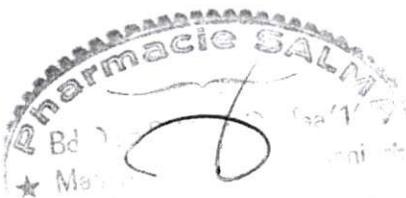
AMOXIL 1 G



2CP 1h avant l'intervention

et 1cp 2h après l'intervention

55,00



Dr. Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabia El Oulfa  
Casab. Tel 05 22 93 48 38



## Remboursements



PAYE

04/03/2024

2 dossiers | 610.90 DH

01/03/2024

2 dossiers | 359.30 DH

08/01/2024

1 dossier | 162.00 DH

17/11/2023

1 dossier | 162.00 DH

02/10/2023

1 dossier | 162.00 DH

CENTRE D'APPELS CNOPS

053 800 20 20



0.35 DH/min tél. fixe et 1.20 DH/min tél. mobile

