

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 canaux, 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 canaux.

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

M23-0024887

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 6993 Société : MM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOUHAIL LAMCON 1987
Date de naissance : 13/01/1958
Adresse : WATA 11M2 AL WILAM AB S
OUCHA - CASA
Tél : 0668882211 Total des frais engagés : 455,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : 
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
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 : CASABLANCA Le : 11/03/24
Signature de l'adhérent(e) : 

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 un 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.

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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين 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
Réf ANAM 1.1.03.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : **Mme ENNAIM ZILHAM**

رقم الانخراط : **142851**

رقم التسجيل : **932429629**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **8439826**

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له* : **Conjoint** زوج **Enfant** ابن

العنوان : **WAFALIAN2 Residence AL WIAM**

AB 9 OUCBA CABAIA CA

مبلغ المصاريف (درهم) : **455.00 DHS**

عدد الوثائق المرفقة : **02 feuille**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : **Ennaïm Zilham**

تاريخ الازدياد : **22/09/60**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **8439826**

الجنس* : **M** ذكر **F** أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الاسنان

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **09414939**

نوع العلاجات

علاجات : **Prothèse***

تعويض الاسنان : **Orthodontie et O.D.F.***

تقويم الاسنان و الفكين : **Autres***

علاجات أخرى : **N° entente Préalable :**

رقم المرافقة المسبقة : **En cas d'accident précisez :**

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي : **La date de l'accident :**

تاريخ الحادث : **Les causes de l'accident :**

أسباب الحادث : **أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

فعل : **25/12/2023**

توقيع المؤمن له (لها) : **Signature de l'assuré (e)**

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

إشطب الخانة : **INP : Identification Nationale du Praticien**

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مبيعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : **Date de dépôt du dossier :**

جورد الوصفات

وصف العمليات

توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des
dispositifs médicaux

Dr. Richard A. P. ...
Chirurgien Dentiste
156, Bd. Duméril
Casta: 781 05 22 92 48

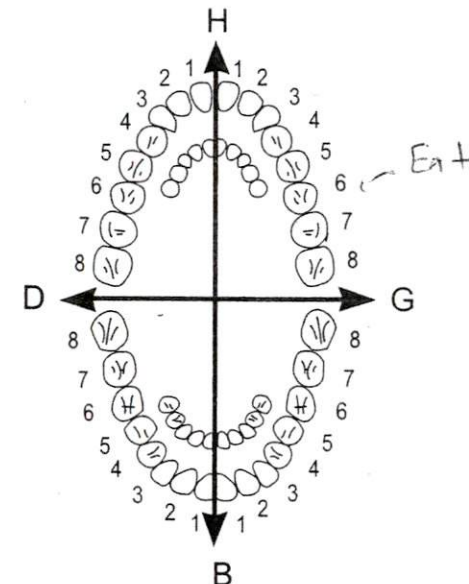
--	--	--	--

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue ou
Biologiste

عمليات المساعدين الطبيين

توقيع و طابع المساعد الطبي
Signature et Cachet du Paramédical



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقا 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

Accusé de Réception



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 :



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'APPEL CROPS

053 800 20 20

0,35 €/min tel. fixe et 1,20 €/min tel. mobile

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

ance)

implantologie de l'Université Paul
ouse)

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 بوركوت بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 20/12/2023

Mme ENNAIM ILHAM

55, w

AMOXIL 1 G



2CP 1h avant l'intervention

et 1cp 2h après l'opération

55, w



Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabia El Oulfa
Casa : 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 dossiers | 162.00 DH

17/11/2023

1 dossiers | 162.00 DH

02/10/2023

1 dossiers | 162.00 DH



CENTRE D'APPELS CNOPS

053 800 20 20

0,35 dir/min tel. fixe et 1,20 dir/min tel. mobile

