

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-0024886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6393 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUHAÏL LATIF Date de naissance : 18/01/1988

Adresse : MALIA 1 1102 Mouline Al Mina

158 ouest 201

Tél. : 0668322441 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément Cognac

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 : 13 MAR. 2024

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 : CAWA

Le : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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 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 المشتركة وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

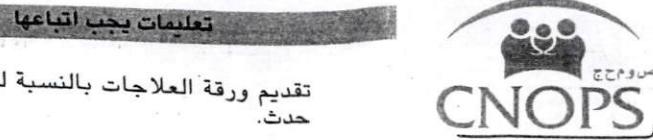
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

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

موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : Mme ENNAIM TAHAR

رقم الانخراط : 142951

رقم التسجيل : 932429629

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 0439826

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن

العنوان : عافية 1 1772 زين العابدين 10000

Montant des frais (Dhs) : 200,00 ANC

Nombre de pièces jointes : 03 feuilles + 1 page

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي و الشخصي : Ennaim TAHAR

تاريخ الازدياد : 12/10/1960

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B439826

الجنس*: انتي M ○ ذكر F ○

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

094149290

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

Fait à : CASABLANCA le : 25/11/2013

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

أصرح بمصداقتي و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA le : 25/11/2013

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

165
Casa

La vente de cet imprimé est formellement interdite

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

* اشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des ordonnances

جرد الوصفات

التاريخ الموقر Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fourniteurs des dispositifs médicaux
	INP : [] [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور

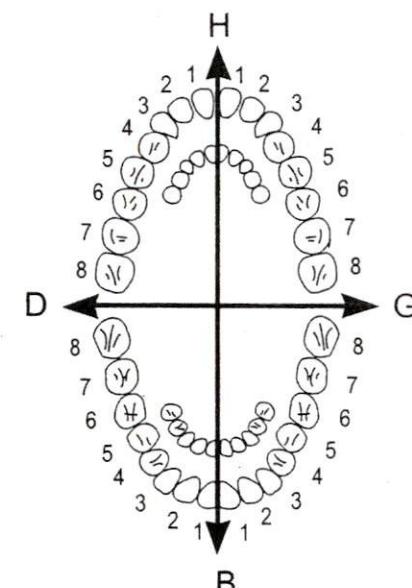
Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات

التاريخ 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 : [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] []					

Description des actes

وصف العمليات



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المgorاة 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.



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





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

CENTRE D'APPELS CROPS
053 800 20 20

0.35 dir/min tél. fixe et 1,20 dir/min tél. 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
Bourgogne(France)
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul
Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشnam 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 18/12/2023

Mme INNAM ILHAM

RADIO PANORAMIQUE

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casa : 05 22 93 48 38

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de

Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de

Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul

Sabatier (Toulouse)

**الدكتور هشام عفار**

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE :001758290000007 - INP :094149390 - IF:51457012 - N° Cnss : 7018311 : - N° patente :35015436

Note d'honoraires

Mme INNAIM ILHAM

Casablanca, le 18/12/2023

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
	18/12/2023	Radio-Panoramique			200,00

Montant global : **200,00 MAD****DEUX CENTS DIRHAMS**

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

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



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

INNAIM ILHAM

Casablanca, le 18/12/2023

COMPTE RENDU

- Réparations multiples .
- Lyse osseuse généralisée .
- Edentement bilatérale à la mandibule .
- Edentement unilatérale au maxillaire .

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casa : Tel 05 22 93 48 38



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 : 85009771 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 : 200,00 Nombre de pièces : 3

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE336

Nom Etablissement :