

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

M23-0024886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6893 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOUHAIL LAMOUN 19/07/15
Date de naissance : 18/01/1958
Adresse : WAFAT 1002 Avenue AL MURAM
1039 OULFA TAT
Tél : 066832441 Total des frais engagés : 200,00 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 : CAH Le : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

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.

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 للمساطر 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)

Nom et prénom : M. ENNAIM ELHAM الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 142951 رقم الانخراط

N° Immatriculation : 932424629 رقم التسجيل

N° CIN : 0439826 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Wafa 1772 Rinsoulle AL UHAM العنوان

N° 9 OUEFA CHARBANA 20220

Montant des frais (Dhs) : 20000 ANS مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 03 feuilles + radié عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Ennaïm Elham المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Ennaïm Elham الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 22/04/60 تاريخ الازدياد

N° CIN : 0439826 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس *

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 094149290 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : Orthodontie et O.D.F* نوع العلاجات

Soins* : Prothèse* علاجات

Orthodontie et O.D.F* : Autres* تعويض الأسنان

Autres* : N° entente Préalable : تقويم الأسنان و الفكين

N° entente Préalable : En cas d'accident précisez : علاجات أخرى

En cas d'accident précisez : La date de l'accident : رقم المرافقة المسبقة

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

Les causes de l'accident : أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه أسباب الحادث

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

Fait à : CASABLANCA حرر بـ

le : 25/12/2023 في

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

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations et données sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ

le : 25/12/2023 في

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

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 25/12/2023 تاريخ الإيداع

حرد الوصفات

[illegible]

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
18/02/23	RX panora	Gue	-	Pca, ex
INP : [][][][][][][][][]				
INP : [][][][][][][][][]				

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

Dr. Hicham Ben Abdellah
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oued Elrabieb EL KHERAFA
Casablanca - Tél: 05 22 93 48 38

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

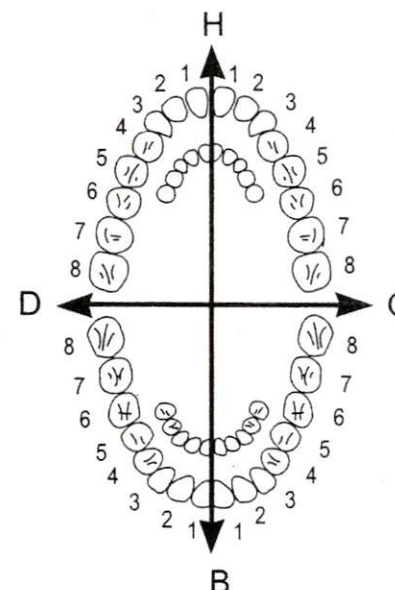
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][]					

Description des actes

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.



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

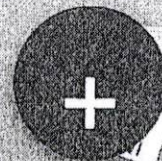
1 dossiers | 162.00 DH



CENTRE D'APPELS CNOPS

053 800 20 20

0,35 dh/min tel. fixe et 1,20 dh/min tel. 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

1 dossiers | 162

CENTRE D'APPELS CROISÉS
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
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

ORDONNANCE

Casablanca, le 18/12/2023

Mme INNAIM ILHAM

RADIO PANORAMIQUE

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

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



حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
150, Abd Oum Elou El Oulfa
Casa : Tel 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

INNAIM ILHAM

Casablanca, le 18/12/2023

COMPTE RENDU

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

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii Et. 1er
Casa : Tél 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 :**