

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



Déclaration de Maladie

N° W19-542303

44183

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Oussay DIAMANE Mostafa

Date de naissance : 05 El Othmania n°62 Sidi Meawouf

Adresse : 18/155 Casa

Tél. : 06 66 18 09 44 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El HARRAMI Najima Age: 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/01/2020



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 وأدمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتسبون 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

موافقة مسجلة
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 بالتأمين له (ها)

Nom et prénom : EL HARRAMI NATIMA

الإسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 1733395

رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 032405840

رقم التسجيل :

N° CIN : 11311396

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : Lot EL Othmania n°62 Sidi Maarouf
Casa

العنوان

Montant des frais (Dhs) : 3000,00dh

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 03

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL HARRAMI NATIMA

الإسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 07/03/1956

تاريخ الأزيداد :

N° CIN : 11311396

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

الجنس* :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 0954032216

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Soins* :

علاجات :

Prothèse* :

تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F* :

تقويم الأسنان 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 .

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

Fait à : حورب

le : 29/02/2020 في

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حورب

le : 29/02/2020 في

توقيع و طابع 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

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

بيع متاعا كذا بيع من المطبوع

جرد 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	توقيع و ختم طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات lettre clé + Cotation GAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]				
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]				

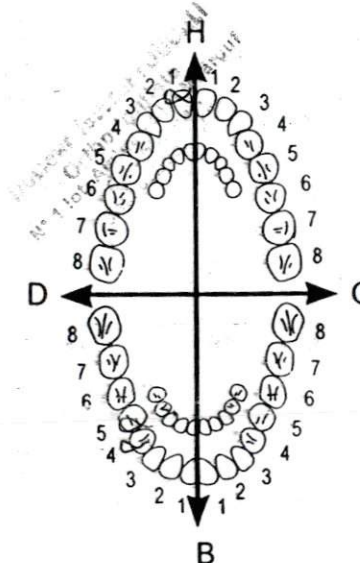
توقيع و يطابع المساعد الطبي
Signature et Cachet du Paramédical

Description des actes

وصف العمليات

أسنان معالجه Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
45	D713	5/12/19	D102	7,10	200	
44	D714	24/12/19	D120	12,60	2000,00	
216	24/12/19	D12	17,10	—		
Adj. genc.	D729	31/12/19	D15	12,60	500,00	
44	D700	7/1/20	D10	17,10	300,00	
44						

CIM - 10

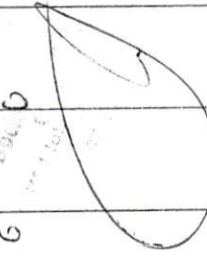


Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste: Dr Fouda R. Youssef
 N° de l'INPE: 094013216
 N° de l'ICE: 001638737000069
 N° de l'IF: 50730150

Date 7/11/20

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
U5	D713	5/12/19	D10	17,50	200	
U4	D754	24/12/19	D180	12,50	2000,00	
RUC		24/12/19	D12	17,50	—	
Aspiration		31/12/19	D15	12,50	500,00	
U5	D779					
AB	D700	7/11/20	D10	17,50	300,00	

Montant global: 3000,00

Mode de paiement

☒ Espèces

☐ Chèque

Signature et cachet

Adresse:

B.d. ABouBaker ELkadi N°1 Lotissement
 Amine Sidi Mameuf (au c dessus BRCS)

Téléphone:

082335553

Fax:

E-mail:

Fouda.R.Youssef@yahoou.fr



Recherche

ok

PRODUCTEURS DE SOINS

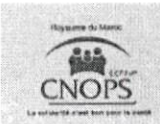
ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

[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 **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	-	11/05/2020	Virement	-	3 000,00	2 028,00	389,00	2 417,00
1	-	18/03/2020	Virement	-	5 212,60	1 320,00	5,00	1 325,00
2	-	05/08/2019	Virement	-	3 193,40	1 211,96	250,46	1 462,42

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆

Royaume du Maroc



MME NAJIMA EL HARRAMI
ETS TARIK IBNOU ZIAD 6

CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE

000060718838

Accusé de Réception

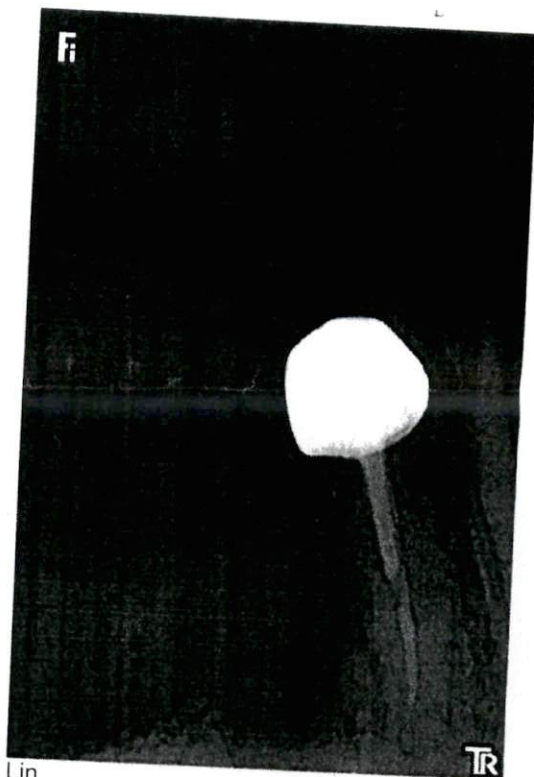
N° Réception : 60718838
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : M. HARRAMI NAJIMA
Immatriculation : 93405840 / 090080407
Nom et Prénom Bénéficiaire : M. HARRAMI NAJIMA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS DENATAIRE SA
Date et heure : 29/01/2020 11:35
Lieu de réception : CASA SIEGE 90148
Valeur du dossier : 3000,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE066

Code Etablissement :
Etablissement :





Lin