

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.

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 :

Assag Diamane Mostafa
b't El Othmania n° G2 Sidi Meaoui
casa

Date de naissance :

18/11/55

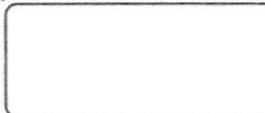
Adresse :

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 :

Lui-même

Conjoint

Age: 64

Enfant

El Harrani Najima

Lien de parenté :

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 :

Le : 16/11/2011

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

MUPRAS

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.

Cachet et signature de la mutuelle

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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتسب 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 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 رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يقتضيه ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢١/١٢/٢٠٢٠

تاريخ الإيداع :



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 :
خاص بالمومن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : **EL HARRAMI NAIMA**
رقم الاتخراط :

Entente Préalable * ١٣٣٣٩٥

Execution * ٦٣٢٤١٥٥٨٤٥

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : **lot EL othmania k-6 El Maârouf**
Casa

Montant des frais (Dhs) : **3000,00dh**

Nombre de pièces jointes : **03**

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي : **El harrami Naima**
تاريخ الازدياد :

٠٧٠٣١٩١٦

٤١٣١٣٩٦

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

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 : حرب
le : **٢٩/٠٢/٢٠٢٠** في :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

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

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

Fait à : حرب
le : **٠٧٠٣١٣٩٦** في :
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* أطبع الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات

Description des actes

جرد الوصفات

description des ordonnances

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعه و الصور

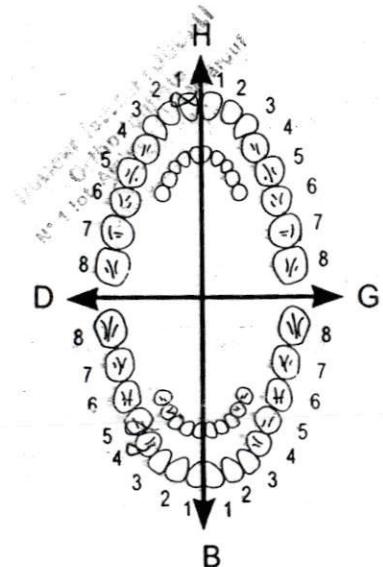
نوع العملية Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و捺م ملبي الأشعه او الحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

- Actes Paramédical

الطباطبائين المساعدين عمليات

نوع و بطاقة المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	المبلغ المفوت Montant facturé	قيمة المعامل Valeur Clé	معامل العلامات Lettre clé + Citation r/GAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
INP : []					
INP : []					

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المهاجر، العملية المجزأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملاته 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.

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : Dr Fouad Ali Youssef.
 N° de l'INPE : 096013216
 N° de l'ICE : 061638737000069
 N° de l'IF : 50730150

Date ٢١/١٢/٢٠١٥

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
UR	D713	2015.12.10	17,50	200.		
UL	D754	2015.12.10	12,50	2000,00		
RUL		2015.12.10	12,50	—		
Adhérence		2015.12.10	12,50	500,00		
UR	D779					
AB	D700	2015.12.10	17,50	300,00		

Montant global : 3000,00
 Mode de paiement Espèces Chèque

Signature et cachet

Adresse : B.d ABouBaker EL Kadiji N°1 Lottissement
 Amine Sidi Maourif (au c dessus BM C5)
 Téléphone : 0122331553 Fax :
 E-mail : FouadAliYoussef@yahoo.fr



Accueil > Application > assure app

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Mutuelle) 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																																				
<p>💡 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nb.Dossier(s)</th> <th>Date de réception</th> <th>Date Paiement</th> <th>Mode Paiement</th> <th>Bénéficiaire</th> <th>Frais engagés</th> <th>AMO</th> <th>Mutuelle</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>-</td> <td>11/05/2020</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>3 000,00</td> <td>2 028,00</td> <td>389,00</td> <td>2 417,00</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>-</td> <td>18/03/2020</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>5 212,60</td> <td>1 320,00</td> <td>5,00</td> <td>1 325,00</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>-</td> <td>05/08/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>3 193,40</td> <td>1 211,96</td> <td>250,46</td> <td>1 462,42</td> </tr> </tbody> </table>			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
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

CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE

000060718838

Accusé de Réception

N° Reception : 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 : MATERIEL DE SOINS DENTAIRE 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 : 9MGH066

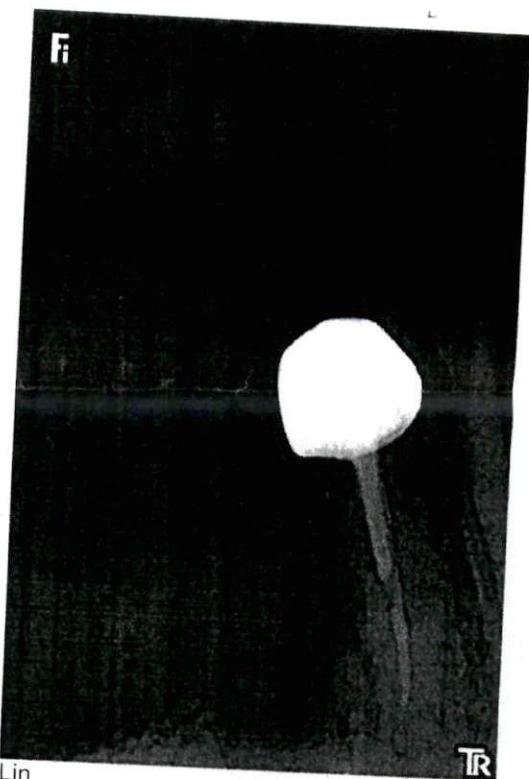
Code Etablissement :
Etablissement :

20



KODAK Dental Imaging Software V6,6,3,0

Docteur Youssef FOUDALI
EL HARRAMI NAJIMA 24/12/2019 44



KODAK Dental Imaging Software V6,6,3,0