

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.

Diagnostique 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

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



46690

Déclaration de Maladie : N° P19-0011421

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUSSA RACHID Date de naissance : 26-06-49
Adresse : Cite ATTADAMOUNE Rue 2 n°6 OULFA
Tél : 0663875063 Total des frais engagés : 253,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CNPS
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BENJALOUON AMINA Age : 63 ans
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 : CASABLANCA Le : / /
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 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 و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تختصون 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الآخطار 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 مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

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

N° Bordereau :

N° Dossier : 63443609

Nom et prénom : BENJALLOUN Armina الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 1538444 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 939130532 رقم التسجيل :

N° CIN : A787677 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint زوج / Enfant ابن

Adresse : Cité Tadamené, rue 2, n° 6 Azhar المدينة المرفقة : 25305

Montant des frais (Dhs) : 05 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 05 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Benjalloun Armina الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 21/3/156 تاريخ الميلاد :

N° CIN : A787677 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر / F أنثى الجنس* :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Soins* : علاجات :

Prothèse* : تعويض الأسنان :

Orthodontie* : تقويم الأسنان والفكين :

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 : CASABLANCA حرر بـ : CASABLANCA

le : 20/8/2020 في : 20/8/2020

Tوقيع المؤمن له (لها) : توقيع طبيب الأسنان المعالج أو المراسم الصحية :
Signature de l'assuré (e) Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite
Cite Dar Essalam, Ann 03, App 04
1er étage - BORDJ - Algérie
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 90 77 99

وصلى على العبد المذنب

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.

Dr. Mehdi ELMOUSTI
Chirurgien - Dentiste
Cité Dar Essalam. km 03, Appt 04
1er Etage, Rte Mly Thami Oulfa
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 90 77 99

Pharmacie TAM
Dr. Benmani Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

ORDONNANCE

A CASA Le 10/08/2020

Nom:

Mme Benjalben Amina

102, 0

1/ Birodogyl Cp'

TAM
S.V

1 cp x 9hjt At 07

22, 20

2/ Coddiprene Cp'

TAM
S.V

1 cp x 9hjt At 07

29, 0

3/ Nauclium long (20)

TAM
S.V

1 capsule d'usage 3Ph

T: 153, 20

BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V: 102DH00
LOT: 9MA082
PER: 02/2022
6 118000 060567

20 mg
NIMES SECABLES
6 118000 040217

PPV 22DH20
PER 03/22
LOT J7R9

Nai
6 118000 091882

Flacon de 200 ml
Suspension buvable

1mg/ml

Voie orale

Dr. M
Chirurgien
Cité Dar Essalam
1er Etage, Rte Mly
Casablanca - Tél/Fax:

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : **Dr EL MOUSTI MEHDI**

N° de l'INPE :

INPE : 094164183

N° de l'ICE :

ICE : 001681739000008

N° de l'IF :

IF : 40423602

Bénéficiaire : **Mme Benjelloun Amine**

Date **10/08/2020**

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
Couronne		10/08/2020	C	C	100,000	Dr. Mehdi ELMOUSTI Chirurgien - Dentiste Cité Dar Essalam, Imm 03, Apt 04 1er Etage, Rte My Thami Oulfa Casablanca - Tel/Fax: 05 22 90 77 99

Montant global :

-100,000

Mode de paiement

☒ Espèces

☐ Chèque

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Fax :

Dr. Mehdi ELMOUSTI
Chirurgien - Dentiste
Cité Dar Essalam, Imm 03, Apt 04
1er Etage, Rte My Thami Oulfa
Casablanca - Tel/Fax: 05 22 90 77 99



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	ENREGISTRE 2	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	NON PAYE 2
-------------	--------------	--------------------------	------	------------

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	-	19/10/2020	Virement	-	253,00	152,69	23,27	175,96
1	-	14/10/2020	Virement	-	488,80	232,70	0,00	232,70
2	-	23/09/2020	Virement	-	8 044,70	2 542,85	146,33	2 689,18
62937862	11/08/2020	Payé en : 43 jours		BENJALLOUN AMINA	798,80	516,40	49,25	565,65
62178936	01/05/2020	Payé en : 144 jours		BENJALLOUN AMINA	7 245,90	2 026,45	97,08	2 123,53
1	-	17/08/2020	Virement	-	2 069,80	340,00	5,00	345,00
1	-	25/03/2020	Virement	-	914,40	457,20	54,70	511,90
1	-	06/03/2020	Virement	-	3 547,80	740,00	5,00	745,00
1	-	26/02/2020	Virement	-	1 486,70	363,90	58,50	422,40
1	-	27/01/2020	Virement	-	1 062,30	692,30	82,00	774,30

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

★★★★★

dossier déposé dans une URNE pas de reçu
(comme la MUPRAS)