

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0057148

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 998 Société : RAR
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 146669
Nom & Prénom : BELKOUCH DRISS
Date de naissance : 14/10/1949
Adresse : 41 Rue Ibn KASTANE Q. BOURBON
Tél. : 0668913755 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RADI Aicha Age: 67 ans

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 : CASABLANCA Le : 26/01/2023

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 le praticien 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 la CNOPS 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.

توقيع وطابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

الاحطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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 بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) : خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **RAMI AICHA** : الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **112714181** : رقم الإنخراط
N° Immatriculation : **B51218101B31** : رقم التسجيل
N° CIN : **131118146** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : **41 Rue Ibn Ketham Q. Burger** : العنوان
Montant des frais : **912.60** Dhs : مبلغ المصاريف : درهم
Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **RAMI AICHA** : الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **01/05/1981** : تاريخ الإزدياد
N° CIN : **B51218101B31** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe * : **F** أنثى **M** ذكر : الجنس *

Identification du médecin traitant : تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **009111278** : الرقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض* : Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité* ☐ أمومة* : Date de grossesse : : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* ☐ استشفاء* : Date d'hospitalisation : : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* ☐ حادث* : Date d'accident : : تاريخ الإستشفاء :

Causes : : أسباب الحادث :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : **Casablanca** : حرر بـ : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

le **10/10/2021** : توقيع المؤمن له (لها) : Fait à : **Casablanca** : حرر بـ : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Signature de l'assuré(e) : : توقيع وطابع الطبيب المعالج : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

* أشطب الخانة

Accueil > Application > assure app

Accueil > Application > assure app



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

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
- 2	-	19/01/2023	Virement	-	1 480,80	564,88	97,39	662,27
77586109	22/11/2022	Payé en : 58 jours		RAMI AICHA	568,20	282,66	44,05	326,71
77586141	22/11/2022	Payé en : 58 jours		RAMI AICHA	912,60	282,22	53,34	335,56
- 3	-	03/06/2022	Virement	-	7 028,90	3 697,90	328,50	4 026,40
73826092	19/04/2022	Payé en : 44 jours		RAMI AICHA	3 641,00	1 320,00	5,00	1 325,00
73826276	19/04/2022	Payé en : 44 jours		RAMI AICHA	672,70	572,70	8,50	581,20
73826184	19/04/2022	Payé en : 44 jours		RAMI AICHA	2 715,20	1 805,20	315,00	2 120,20



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

20/10/2022

Facture 6113/22

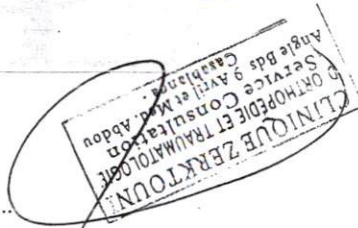
Mme RAMI AICHA

Consultation 300 DH

Radiographie 400 DH

TOTAL 700 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme
//Sept Cent Dirhams //**





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 20.10.2012

RAMI AICHA

14.60



Doliprane

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE DEL JADIBA
240, Bd Ibrahim Roudani
Casablanca
Tél: 06 22 99 55 46

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361



3 401020 354451



Noiceptol gel

212.60

Dr. Issam GUEROUJI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Med. Abdou



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le 20/10/2022

Mme RAMI AICHA

Incidence :

- Genou gauche de face+profil

Compte rendu radiologique :

Dr Issam GUERROUJ
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerketouni - Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Abd. Abdou