

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'El
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

M23-013117

☒ Maladie

☐ Dentaire

167307 ☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADIA

Abdelphem

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : SG, 44, rue de l'Académie 218

Tél. : 066197634

Total des frais engagés : 526,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.04.2023

Nom et prénom du malade : EL YATIME Yenda

Age : 1977

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 : 13/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

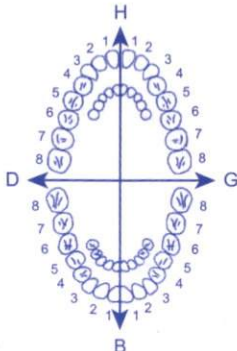
[illegible][illegible][illegible][illegible]

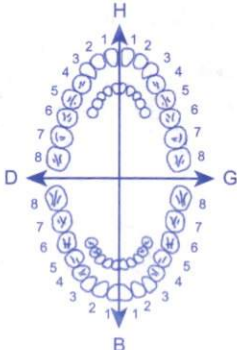
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|--|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | |
|---|---|---|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100%;"/> B </div> </div> | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | |
| | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | |
| | | |
| | | |

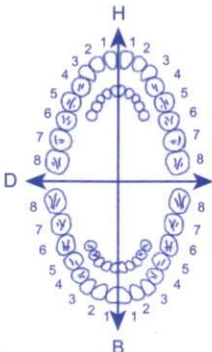
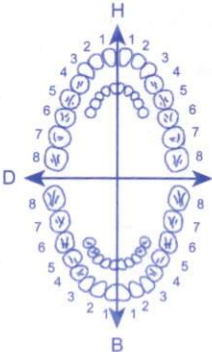
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|-------------------|---------------------|-------------|--|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p>D 00000000 00000000</p> <p> 35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;">G</div> </div> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, analyses, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens biologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et dresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Halli, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين أسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

تأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

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

الاسم العائلي والشخصي Nom et prénom: ELYATIME NOMAC

رقم الانخراط: N° Affiliation: 3433314

رقم التسجيل: N° Immatriculation: 432 821349

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: BNB3171481

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

العنوان: Adresse: 56 HAY D'ORANGER 218

إجمالي المصاريف (بالدرهم): Montant des frais (Dhs): 526.80

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes: 02

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي Nom et prénom: ELYATIME NOMAC

تاريخ الميلاد: Date de naissance: 09/04/1977

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: BNB3171481

الجنس: * Sexe*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): 08101531

| نوع العلاجات | | تم تقديم الظرف المغلق *: | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------|-----|
| Maladie* | <input type="checkbox"/> مرض * | oui | non |
| Maternité* | <input type="checkbox"/> أمومة * | | |
| Hospitalisation* | <input type="checkbox"/> إستشفاء * | | |
| Accident* | <input type="checkbox"/> حادث * | | |

| | |
|---|--|
| <p>Fait à: في: 09/04/2023</p> <p>Le: أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Signature de l'assuré(e) * Y'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> | <p>Fait à: في: 08/04/2023</p> <p>Le: أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.</p> <p>Toutefois, Dr. Itham BENABOUB</p> <p>GYNECOLOGUE-OBSTÉTRICIENNE</p> <p>Bvd Al Oudaya 10100 Rabat</p> <p>06 77 22 37 73</p> |
|---|--|

* Cocher la mention utile pour chaque case

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية



Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفقوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 01/4/23 | 226,80 | PHARMACIE ANNAJAT CASA Ismail Mohamed ARRABI Docteur en Pharmacie Imraït, Cas Al Boustane Imm J N°21, Casa - Tel: 05 22 52 75 99 |
| | INP: [] INPIE | |
| | 092010396 | |
| | INP: [] | |
| | INP: [] | |

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédi |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dr. Ilham BENAËBOUD

Ex Médecin Chef au Service de Maternité à l'hôpital SEKKAT

Gynécologue Obstétricien
Chirurgie Gynécologique - Accouchement
Stérilité du Couple (P.M.A)
Coeliochirurgie - Colposcopie
Maladies du Sein - Echographie
Homéopathe

الدكتورة إلهام بنعبود

طبيبة رئيسية سابقا لقسم الولادة بمستشفى السقاط

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الجراحة النسائية - الولادة
عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى والمجهر
العلاج بالامبيوباتي

Casablanca, Le : 08/04/23

M EL YATINE MOJON

57,00

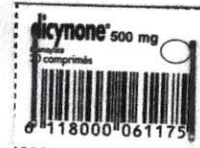
a Druym m

84,00 (xe) 14x3; + l'an-

② Duphoston

14x3; 11 10 10'

226,80



PHARMACIE ANNAJAT CASA
Ismaili Mohamed ARRAZI
Droguier Pharmacie
Inara 1, Rés. Al Bouslane Inara
N°21, Casablanca - Tél: 06 22 52 73 73

DR. ILHAM BENAËBOUD
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE
N°1917290000033
Bd. Al Qods - Rés. Safaa, Inm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73
N°1917290000033

شارع القدس تجزئة السكن الأنبياء إقامة الصفاء عمارة 403 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Inm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73

Urgence : 06 61 36 00 69 - Email : benaabdilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 001917290000033



Ce plug-in n'est pas compatible.



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

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 | - | 13/06/2023 | Virement | | 776,80 | 398,76 | 128,04 | 526,80 |
| 80400247 | 17/04/2023 | Payé en : 56 jours | | ELYATIME HOUDA | 526,80 | 278,76 | 98,04 | 376,80 |
| 80400305 | 17/04/2023 | Payé en : 56 jours | | ELYATIME HOUDA | 250,00 | 120,00 | 30,00 | 150,00 |