

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 canalaire, 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 demande de remboursement doit être accompagnée d'un justificatif de dépense.

La radio-après-souls est obligatoire en cas de problème.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Autres révues d'êtes

 - 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 caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Casablanca 20000 - TÉL : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 28

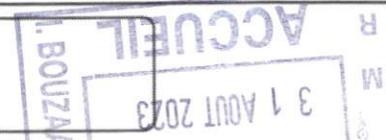


Déclaration de Maladie

Nº W19-582163

COMPLEMENT

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2161</u>	Société : <u>ROYAL AIR MAROC</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>RETRAITE</u>
Nom & Prénom : <u>AOUDI NAJIB</u>		N° : <u>173521</u>	
Date de naissance : <u>13 04 53</u>			
Adresse : <u>Habituelle</u>			
Tél. : <u>0661411411</u>	Total des frais engagés : <u>- 1763,00 -</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	LAATIF KENASIA Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/01/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	
.....	
.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

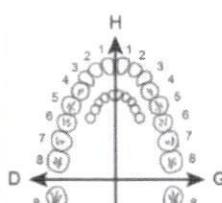
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
.....	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
.....	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاونية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

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 التعاونية التي تتبعون 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 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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



0661210756 ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : LAKH RIF KHADJJA

355171

N° Affiliation :

948908139

N° Immatriculation :

B 205311

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : RESIDENCE ABDEL MAHMOUD 1412 ART. 11

BD SIR ANZARANE JERB CHAMEF CHAMIANA

Montant des frais (Dhs) : 1263,120,04

Nombre de pièces jointes : 03

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : CASABLANCA

le : 30/06/2013

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقتها و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* اشطب الخانة

INP : Identification Nationale du Praticien

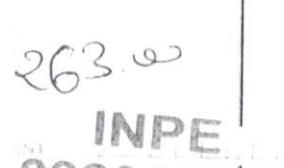
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

جود الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	العن المفوتر Prix facturé	توقيع و خاتم الصيدلي او مومن التجهيز الطبي Signature et/ou Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
30/06/2023	263.00	 

Actes Paramédicaux

عملات المساعدين المطبين



مصحة الزركوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

30/06/2023

Facture CZ 3620/23

Mme LAKHRIF KHADIJA

Consultation	400 DH
Radiographie	800DH
Echarpe	300DH
TOTAL	1500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme

//Mille cinq cents Dirhams //



مصحة الزركوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

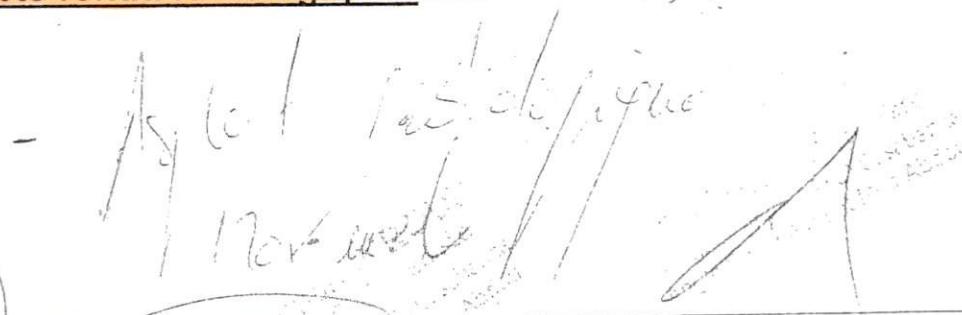
30/06/2023

Mme LAKHRIF KHADIJA

Incidence :

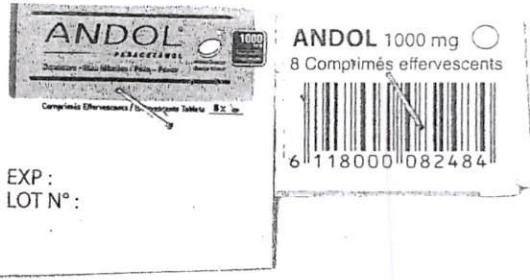
- Thorax de face
- Epaule gauche de face
- Pouce droit de face+profil
- Thorax de profil

Compte rendu radiologique :





PPV: 169000
PER: 01/26
LOT: M092



EXP:
LOT N°:





مصحة المزرققطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 30/06/2012

Anne Hakrif

Khatijah

14,50

(1)

15

Ans

16,50

(2)

75,00

(3)

283,00

16

Ans

Detour 90°

16

Ans

WhatsApp X assure app | CNOPS +

https://www.cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

Boîte de réception - a... WhatsApp Mutuelle de Prévoyan... Accueil | CNOPS BMCI Connect | Servic... Autoroute du Maroc :... Zone Téléchargement ... (31) Autres marque-pages

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 2 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	-	30/08/2023	Virement	-	2 226,40	504,45	82,36	586,81
	81763959	03/07/2023	Payé en : 58 jours	LAKHRIF KHADIJA	1 763,00	384,45	77,36	461,81
	81764011	03/07/2023	Payé en : 58 jours	LAKHRIF KHADIJA	463,40	120,00	5,00	125,00
■ 1	-	16/05/2023	Virement	-	1 935,90	1 714,80	5,00	1 719,80
■ 1	-	22/03/2023	Virement	-	398,00	120,00	5,00	125,00
■ 1	-	02/03/2023	Virement	-	3 738,30	1 850,96	445,65	2 296,61
■ 1	-	01/03/2023	Virement	-	722,30	161,15	28,12	189,27
■ 1	-	17/02/2023	Virement	-	2 720,31	2 330,00	191,80	2 521,80
■ 1	-	19/01/2023	Virement	-	2 396,50	684,55	98,04	782,59
■ 1	-	05/01/2023	Virement	-	3 750,00	1 320,00	5,00	1 325,00

Près du record 11:33 31/08/2023

MME LAKHRIF KHADIJA
RES . ABDELMOUMEN IMM 2
APPT 11 BD BIR ANZAR
CASA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier :

81763959

Date et heure : 03/07/2023 11:55

Nom et prénom Assuré :

LAKHRIF KHADJA

Immatriculation :

94908139 / 500328123

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: LAKHRIF KHADJA / 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams :

1332.00

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :