

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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'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

M23- N° 0044752

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7258 Société : ~~ex~~

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HASSI JANILA

Date de naissance : 198815

Adresse :

Tél. : 0661400476 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MEZIANE Zohir Age :

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 : 21 / 02 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

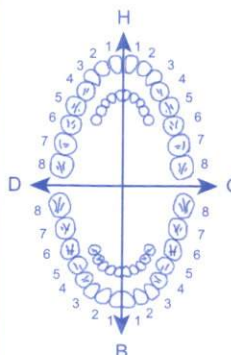
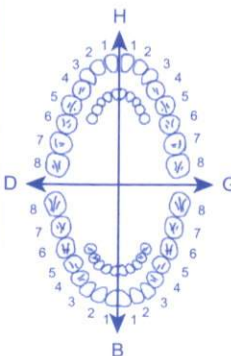
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 المتعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تقديم ورقة العلاجات 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 وأئمنتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباتية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار 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

Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

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

Nom et prénom :

MEZIANE

N° Affiliation :

44419111

N° Immatriculation

531917913412

N° CIN :

41114551

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse :

Rue Abderrahmane el Ghafsi
R. Hachem el Ghafsi B. 17

Montant des frais :

دهرم 295,70 Dhs

Nombre de pièces jointes :

3

Déclaration du médecin traitant تصحيح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie* ☒ مرض

Maternité* ☐ أمومة

Hospitalisation* ☐ استشفاء

Accident* ☐ حادث

Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à :

le 06/02/2024

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à :

le 06/02/2024

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

وصف العمليات المجراة

CEM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou des fournisseurs de dispositifs médicaux
21/08/2024	295,20 DH	PHARMACIE HYTBIS des dispositifs médicaux Dr ROUIFI Faïçal Angle Kues 44 et 496 Hay Ennassma Kénitra Tél : 05 37 38 41 63 INPE 052031309
	INP: 052031309	
	INP: [][][][][][][][][]	
	INP: [][][][][][][][][]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes Paramédicaux

عمایات المساعدين الطبيين

RELEVÉ DES PAIEMENTS A L'ASSURE

Exercice : 2023

Jeudi 22 Février 2024



Immatriculation 53979342 Affiliation 441941 Mutuelle MGPAP
Nom et Prénom MEZIANE ZOBIR
Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI
RESID EL GHAFIKI B N 17 Ville RABAT AGDAL

Dossier(s) payé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
78768452	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	1 510,20	590,40		590,40
78768486	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	491,30	180,90	5,00	185,90
78768394	24/01/2023	V	04/04/2023	ZOBIR	4 769,50	3 611,50	297,60	3 909,10
81037212	23/05/2023	V	28/06/2023	ZOBIR	3 946,00	3 082,40	156,80	3 239,20
82229212	28/07/2023	V	06/09/2023	ZOBIR	890,00	533,00	99,40	632,40
83410904	10/10/2023	V	07/12/2023	ZOBIR	3 774,30	3 033,50	165,60	3 199,10
Sous totaux :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10
Total Général :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10

Vombre de dossiers : 6

RELEVÉ DES PAIEMENTS A L'ASSURE

Exercice : 2024

Jeudi 22 Février 2024

Immatriculation 53979342

Affiliation 441941

Mutuelle MGPAP

Nom et Prénom MÉZIANE ZOBIR

Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI

Ville RABAT AGDAL

RESID EL GHAFIKI B N 17

Dossier(s) liquidé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85832487	07/02/2024		En cours	ZOBIR	295,20	206,64	47,23	253,87
85832515	07/02/2024		En cours	ZOBIR	4 800,00	1 320,00	5,00	1 325,00
Sous totaux :					5 095,20	1 526,64	52,23	1 578,87

Dossier(s) soumis au contrôle

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85833176	07/02/2024		En cours	ZOBIR	3 388,60	2 889,90		2 889,90
Sous totaux :					3 388,60	2 889,90		2 889,90
Total Général :					8 483,80	4 416,54	52,23	4 468,77

Nombre de dossiers : 3



ORDONNANCE

7, 312 - 701
Casablanca, le: 1^{er} - 02.24

جراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنطاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية
CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع
الإختصاصات الطبية
REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى
CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

PHARMACIE HAY TBIB
Dr ROUIFI Faical
Angle Rues 44 et 196 Hay Ennassra
Kénitra Tél 05 37 38 41 01
INPE 052031309

Dr. MEZIANE Moustapha
Chirurgien - Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
Tél: 05 22 20 14 40 - Casablanca

FLOTAL®10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



61180011300150

FLOTAL®10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



61180011300150