

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-550205

32600

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL KARRouni Rhita

Date de naissance :

10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545

Total des frais engagés :

399,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

JAIDI MARIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Complément et absence

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

10 JUIL 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :





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

REJET 1

PAYÉ

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
- 4	-	20/04/2020	Virement	-	3 797,80	724,68	71,78	796,46
61283812	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI RYAD	430,70	222,20	28,36	250,56	
61283765	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI RYAD	818,10	159,20	13,96	173,16	
61283545	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74	
61283670	28/02/2020	Payé en : 52 jours	JAIDI RYAD	2 150,00	160,00	10,00	170,00	

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR]
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061283545

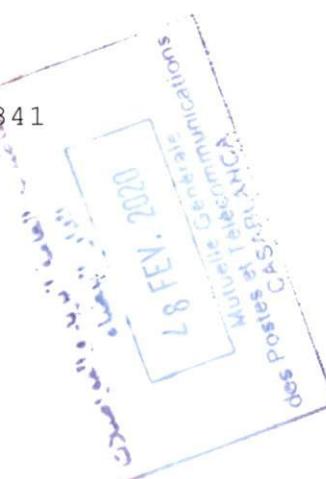
Accusé de Réception

N° Réception : 61283545
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA
Rang Bénéficiaire : 12

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 28/02/2020 10:51
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 399,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :



 <p>CNOPS</p>		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie	
		الفاصل 22 جباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire تونس - تونس برقم رقم	
N° Bordereau	N° Dossier		
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالملحق له (لها)	
Nom et prénom : JAI DI TAOURIT N° Affiliation : 55222 N° Immatriculation : 710606 N° CIN : AB 11927		الأسم العائلي و الشخص : رقم الانضمام : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعرف الوطنية : علاقه المتراسه من المستفيد والمنفذ له	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Adresse : Résidence Al Manar 201 Imb 46 Apt. 1 BD Grandi 20210 Casablanca Montant des frais (Dhs) : 3 993,00 Dhs مبلغ المصاريف (درهم) Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة			
Déclaration du médecin traitant Bénéficiaire de soins : Nom et prénom : JAI DI MCIN Date de naissance : 02/11/18 N° CIN : Sexe : INP : 001714700005 نفر الطبقة العامل الرقم الوطني لاسم الولي للمسنين			
Identification du médecin traitant Type de soins Maladie : مرضي Grossesse : Oui Non Maternité : امومه Hospitalisation : Oui Non Accident : Oui Non Causes : غير معروفة			
التأشيرات على مدارم الحادث J'accuse sur l'absence d'opposition à l'indemnisation primaire et totale fait à Casablanca le 10/02/2020 pour la somme de 1015985 درهم signature du titulaire de l'assurance		التأشيرات على مصروفات العلاج Je déclare les informations suivantes être exactes fait à 10/02/2020 pour la somme de 1015985 درهم Etat et signature du titulaire de l'assurance	
La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع بيع هذا المطبوع			

