

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-550209

32596

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUMI Rihita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 2020 3800 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 JUL 2020

Nom et prénom du malade : JAIDI Touni Age : 46 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément dentaire

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.

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 : 10/07/20

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

PAYE

1 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
- 3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
61284089	28/02/2020	Payé en : 59 jours		JAIDI MARIA	300,00	120,00	5,00	125,00
61284025	28/02/2020	Payé en : 59 jours		JAIDI MARIA	5 000,00	3 664,00	449,50	4 113,50
61284228	28/02/2020	Payé en : 59 jours		JAIDI MOUNIR	3 800,00	520,00	5,00	525,00

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

000061284228

Accusé de Réception

N° Réception : 61284228
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MOUNIR
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 28/02/2020 11:01
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 3800,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :





ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
R&F ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **JAIMI Moumin** : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **55222** : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **710 604** : رقم التسجيل :
N° CIN : **AB111927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **Résidence AL Mansour BD Ghandi** : العنوان :
Inb 46. Appt. 4 20213 Casablanca
Montant des frais (Dhs) : **380000 Dhs** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **2** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **JAIMI Moumin** : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **22 05 74** : تاريخ الميلاد :
N° CIN : **AB111927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M** ذكر F أنثى : الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

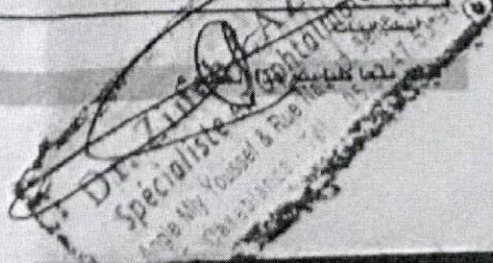
N° INP : : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات :
Maladie* : مرض* : Pli confidentiel remis* : Oui Non : تم تقديم الملف المغلق* :
Date de grossesse : : تاريخ الحمل :
Maternité* : أمومة* : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المتوقع للولادة :
Hospitalisation* : استشفاء* : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
Accident* : حادث* : Date d'accident : : تاريخ الحادث :
Causes : : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **Casablanca**
le : **08 02 2020**
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) : **[Signature]**

أصريح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.
Fait à : **Casablanca**
le : **08 02 2020**
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : **[Signature]**

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite



description des actes effectués		وصف العمليات المجراة			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
08/02/2020	C5			3000	

CIM - 10

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

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

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 المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
14/02/2020				3500.00	

INPE : 055008643

k-optik
L'Opticien

N° Facture : 002092/2020

Client : JAIDI MOUNIR

Kénitra, le : 17/02/2020

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	-0.25			1,25
O.G	-0.25			1,25

Liste des ventes

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Montant
Organique Progressif AR 1.5	Verre	2	1000	2000
Monture	Optique	1	1500	1500

Total HT : 2916,67

TVA (20%) : 583,33

Total TTC : 3500

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

k-optik SARL AU
Mr. EL KARROUSSI Ismail
Opticien Optométriste
Centre Bin Zaid 2012561 - Kénitra
Tel : 05 37 37 8564



055008643

Adresse : 36, Av tank Ibn Zaid Magasin N° 1 Kénitra TEL : 0537378564
ICE : 000040905000007 CNSS : 9118193 RC : 37861 Patente : 20122561 IF : 29153533

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél : 0522 47 53 90
Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzine@gmail.com : البريد الإلكتروني