

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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

N° W19-589019

48075

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA

Date de naissance : 20 NOV. 2020

Adresse : ACCUEIL SIEGE RAM

Tél. : Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 20 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 19/11

Signature de l'adhérent(e) :

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأضرار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب بالنساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق سخره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
RéfANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier : 0800

Partie réservée à l'assuré(e)

قسم المؤمن له (e)

Nom et prénom : EL FASSI EL FIMRI ABDEUAM
N° Affiliation : 213491
N° Immatriculation : 43430778
N° CIN : B487399
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) : *
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : LOTISSEMENT LAIMOUNE A
VILLA N° 100 CARABLANCA
Montant des frais (Dhs) : 300,00
Nombre de pièces jointes : 01

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : EL FASSI EL FIMRI ABDEUAM
Date de naissance : 27/04/63
N° CIN : B487399
Sexe : * M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0191040743
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 :
تم تقديم الظرف المغلق * :
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

أشيد بحسن كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à :
le : 01/10/2020
Signature de l'assuré (e)
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le : 5 Aout 2020
Cachet et Signature du médecin traitant ou du spécialiste des maladies de
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du médecin traitant ou du spécialiste des maladies de
أشطب الخانة *
l'Appareil Digne
11 Rue d'Agadir Casa
Tél : 0522 20 00 00

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle
توقيع وطابع التفاضلية
Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
تاريخ الإيداع :

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

INP ·

مفتيات الممات عديين والطبيبات

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 Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					



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	-	05/10/2020	Virement	-	1 804,10	1 077,87	76,23	1 154,10
63282276	03/09/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 504,10	957,87	46,23	1 004,10
63282300	03/09/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	300,00	120,00	30,00	150,00