

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.



Declaration de Maladie

N° W19-597594

56.323

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8298 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Fargia

Date de naissance : 11/12/1988

Adresse : 18 rue d'Egypte 15000 EL AZHAR

Tél. : 064400835

Tél. : 0650528113 Total des frais engagés : 266,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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'at. 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة و المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et Signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

إجباري عن المريض
Assurance Maladie C
Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

أبيه بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☒ ابن

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

Plu confidentiel remis* :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

الظرف المعلق * : ☐ Oui ☐ Non

عمل :

لمرتقب للولادة :

مستشفاء :

حادث :

حادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e)

رح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vér

Fait à :

Le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

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

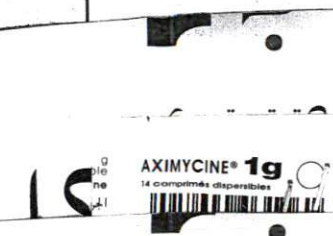
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/08/2020	266,40	<p>صيدلية الصيدلي المصطفى المصطفى</p> <p>PHARMACIE ASSALAMAH</p> <p>IBN LKHAYAT IDRISSE Najia</p> <p>06 75 62 17 06</p>
	<p>INP : <u> </u></p> <p>INP 142052091</p>	
	<p>INP : <u> </u></p>	
	<p>INP : <u> </u></p>	

عظليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre Clé + Cotation NGAP
INP : <input type="checkbox"/>		
INP : <input type="checkbox"/>		
INP : <input type="checkbox"/>		



AXIMYCINE® 14 comprimé

PPV 64DH10



6 mg

Zyrtec® 10mg

15 فرشاً ملبسة قابلة للكسر

زیں تیک 10 ملغ
سٹیریزین دیگلوہیدرات



NON
AVANT
VEMENT

5030 (C) — 5030 mg
 5030 — 5030 mg
 5030 — 5030 mg

Le: 28/08/20

YOUSF.

Abdelkarem.

ORDONNANCE

66.10x2 ~~Aximgine~~ 2g (26tb).

75,00 ~~HAIR~~ 2000 h'

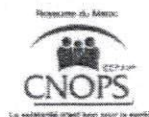
63,20 ~~Zyrtoc~~ 2000.

~~2000~~ 2000

266,40.

PHARMACIE ASSALAMAH
IBN LKHAYAT IDRISI Najia
Dip. Jordanie Edo. Caro. - 05 25 49 13 06

PHARMACIE ASSALAMAH
IBN LKHAYAT IDRISI Najia
Dip. Jordanie Edo. Caro. - 05 25 49 13 06



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	RETOUR POUR COMPLEMENT 1	NON PAYE 1	ACCORDE 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
5	-	03/11/2020	Virement	-	2 477,00	1 267,28	244,67	1 511,95
63950749	12/10/2020	Payé en : 22 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 096,10	674,27	126,38	800,65
63950708	12/10/2020	Payé en : 22 jours		YOUSFI MUSTAPHA	600,00	268,00	44,00	312,00
63969606	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI MUSTAPHA	413,40	91,00	20,80	111,80
63969581	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI HAMZA	101,10	55,37	12,66	68,03
63969553	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI ABDELKARIM	266,40	178,64	40,83	219,47