

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 : 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

N° W21-624483

Complément 66 559

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ROCHAI Mohamed
 Date de naissance : 14-6-1955
 Adresse : BORDJ BOULEVARD, rue de la
 Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 609,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 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.

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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت 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.

توقيع وطابع التعااضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

RéANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

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

Nom et prénom : BASSIE JANILA : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : 1821466 : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : 9326022916 : رقم التسجيل :
N° CIN : 13184734 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : ANGLE RUE DE ROME RUE ARDESSEBILAM ALKHATTABI WILAYA DE ORAN 8 CMA : العنوان :
Montant des frais : 600.00 Dhs : مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : BASSIE JANILA : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 13/04/1962 : تاريخ الإزدياد :
N° CIN : 13184734 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : ☒ أنثى ☐ ذكر ☐ M ☐ F : الجنس* :

Identification du médecin traitant : تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0311281116 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie* ☐ مرض* : Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité* ☐ أمومة* : Date de grossesse : : تاريخ الحمل :
Hospitalisation* ☐ استشفاء* : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :
Accident* ☐ حادث* : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
Date d'accident : : تاريخ الحادث :
Causes : : أسباب الحادث :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Fait à : Oran : حارب : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
le : 22/02/2024 : في : Fait à : Oran : حارب :
le : 01/03/2024 : في :
Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له (لها) : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :
Signature :

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

* أشطب الخانة

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مُمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [][][][][][][][][][]		
INP : [][][][][][][][][][]		
INP : [][][][][][][][][][]		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date 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 : [][][][][][][][][]					



MME JAMILA BASSIR
ANG R ROME R ABDESAM
KHATB 7
CASABLANCA

20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000066926109

Accusé de Réception

N° Réception : 66926109
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA
Immatriculation : 93602296 / 090123522
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 30/03/2021 10:53
Lieu de réception : CASA SIEGE 90146
Valeur du dossier : 600,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : 9MGE303

Code Etablissement :
Etablissement :



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

ENREGISTRE 3

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

EN COURS DE PAIEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 200,00	304,00	14,00	318,00
66926109	30/03/2021	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00
66926123	30/03/2021	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
الفاكس : 05 22 22 81 34