

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AL 907

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saad Mousliki

Date de naissance :

Adresse : Quartier Al Manz Bld. Amban 2 C. H12 Dptur

Tél. : 06 66 123 149

Total des frais engagés : 150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : .....  Enfant

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....

MUPRAS

05 MAI 2021

ACCUEILLIR HAKA

CIM - 10

**جدول الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزينة** Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

INP:

INP:

Actes Paramédicaux

## Instructions à suivre

ir une feuille de soins par personne et parlement.

feille de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens d'radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur la feuille de soins.

rospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

ille 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.

nboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

iques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne l'ont pas dues, est passible des sanctions légales et administratives.

ation de remboursement prise par la CNOPS est fondée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

### Cachet et signature de la mutuelle

### Signature et tampon de l'assuré

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier :

### Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائجفحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تنتهي 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الرطحي لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



Cachet et signature de la mutuelle		Signature et tampon de l'assuré
Identification de l'agent		
Date de dépôt du dossier :		
Téléphone : _____		
Signature de l'assuré (e)		

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
N° Bordereau :	N° Dossier :	Réf ANAM 1.1.01.01
خاص بالمؤمن له (لها)		

الاسم العائلي والشخصي :	S A N A A E L M A L Y H	
رقم الاتخاط :	13181515314	
رقم التسجيل :	4312510774	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	B1K131581278	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *	زوج <input type="checkbox"/>	ابن <input type="checkbox"/>
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
العنوان :	Quartier Almag Res Amman 2 قطاع العبدلي	
Montant des frais :	150 درهم	Dhs
Nombre de pièces jointes :	1	
Declaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		

المستفيد من العلاجات	E L M A L Y H . S A N A A	
الاسم العائلي والشخصي :	S A N A A E L M A L Y H	
تاريخ الإيداد :	25/07/1983	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	B1K131581278	
الجنس * :	M <input type="checkbox"/> ذكر	F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى

نوع العلاجات :	INPE: 091131318		
نوع العلاجات :	Type de soins		
تم تقديم الظرف المغلق *:	OUI <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Maternité *:	<input type="checkbox"/>	أمومة *:	Date de grossesse :
Hospitalisation *:	<input type="checkbox"/>	استشفاء *:	Date d'hospitalisation :
Accident *:	<input type="checkbox"/>	حادث *:	Date d'accident :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
Fait à :	حرر ب :		
le : _____	في :		
توقيع المؤمن له (لها)			
Signature de l'assuré (e)			
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			
Dr. SOJALI MABROUK Médecine Générale PHOTOGRAPHISTE El Ali			
Bd. 2 Mai 25 Casablanca			
* شطب العناية			



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

NON 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
= 4	-	05/03/2021	Virement	-	3 546,50	2 045,67	616,31	2 661,98
66022870	09/02/2021	Payé en : 24 jours		EL MALYH SANAA	300,00	90,00	16,88	106,88
66022924	09/02/2021	Payé en : 24 jours		EL MALYH SANAA	1 155,00	619,10	243,90	863,00
66036990	10/02/2021	Payé en : 23 jours		EL MALYH SANAA	1 941,50	1 272,57	339,53	1 612,10
66037030	10/02/2021	Payé en : 23 jours		EL MALYH SANAA	150,00	64,00	16,00	80,00
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00