

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002120

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Smad Moussiki 69835

Date de naissance :

Adresse : Quartier Almaz, Box Ambar 2 G.H. 12 Imbelle F

Tél. : 06 66 123 149 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

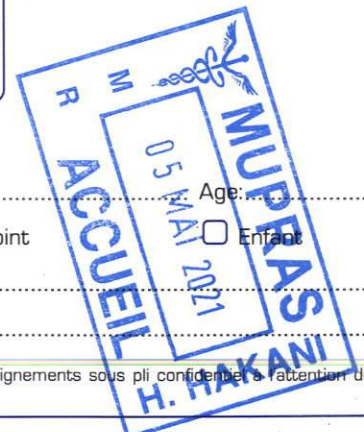
Nom et prénom du malade : Age :

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'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

تعليمات يجب اتباعها	تعليمات يجب اتباعها
يرى على كل ورقة من أوراق الرعاية أن تكون مصححة وواضحة.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
كل ورقة من أوراق الرعاية يجب أن تكون مصححة وواضحة.	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
الاسم والعنوان والرقم الوطني للمريض يجب أن يكونوا واضحين.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	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.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
البريد الإلكتروني للمريض يجب أن يكون واضحا.	

Cachet et signature de la mutuelle توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent تاريخ الإيداع:

Date de dépôt du dossier:

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	التأمين الإجباري عن المرض
CNOPS	Assurance Maladie Obligatoire
Feuille de Soins Maladie	Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم
N° Bordereau:	N° Dossier:
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom: SANA EL MALYH الاسم العائلي والشخصي:	
N° d'Affiliation: 385534 رقم الانخراط:	
N° Immatriculation: 432910774 رقم التسجيل:	
N° CIN: BK358278 رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse: Quartier Almaz Res Amban 2 CHAI 2 I nneubler Apt 32 Casablanca العنوان:	
Montant des frais: 150 درهم Dhs مبلغ المصاريف:	
Nombre de pièces jointes: 1 عدد الوثائق المرفقة:	
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins: EL MALYH SANA المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom: EL MALYH SANA الاسم العائلي والشخصي:	
Date de naissance: 29/07/1983 تاريخ الميلاد:	
N° CIN: BK358278 رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
Sexe: M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس:	
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج	
N° INP: 091131318 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس:	
Type de soins: Maladie نوع العلاجات:	
Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض * Pli confidentiel remis * <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non	
Maternité * <input type="checkbox"/> أمومة * Date de grossesse: تاريخ الحمل:	
Date prévue d'accouchement: التاريخ المرتقب للولادة:	
Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * Date d'hospitalisation: تاريخ الاستشفاء:	
Accident * <input type="checkbox"/> حادث * Date d'accident: تاريخ الحادث:	
Causes: أسباب الحادث:	
<p>أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant</p> <p>Fait à: حرر بـ:</p> <p>le: في:</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	
<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à: حرر بـ:</p> <p>le: في:</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p> <p>Dr. SOUJALI MAJBAR</p> <p>Médecin Généraliste</p> <p>ESTHÉTHICISME</p> <p>252, Bd. 2 Mars, CASABLANCA</p> <p>أنشط العانة</p>	

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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**

i 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

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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**

i 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