

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

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.

ntaire :

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

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.

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

Complément
Déclaration de Maladie

N° M21- 0014331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI M. Mohammed

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Residence wadili 7, rue de roma

CASA

Tél. 0621999896 Total des frais engagés : 1600,00 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 : 6/5/21 Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المستحقة بالإسنان

Feuille de soins Dentaire

موافقة مسبقة *
Entente Préalable *

تنفيذ *
Exécution *

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.03.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (الها)

Nom et prénom : **BASSIR JAMILA** الاسم العائلي والشخصي :N° Affiliation : **1182166** رقم الانخراط :N° Immatriculation : **932 602296** رقم التسجيل :N° CIN : **B1584734** رقم بطاقة التعريف الوطنية :Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *Adresse : **Residence Walili 7 rue de Rome et rue Abdelham Khattabi App 8 CASABLANCA** العنوان :Montant des frais (Dhs) : **1600,00** مبلغ المصاريف (درهم) :Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Mr BASSIR JAMILA** الاسم العائلي والشخصي :Date de naissance : **04/06/1962** تاريخ الأزدیاد :N° CIN : **B1584734** رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس* :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

* N° INP : **INPE: 094015807** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Soins* : ☒ علاجات :Prothèse* : ☐ تعويض الأسنان :Orthodontie et O.D.F* : ☐ تقويم الأسنان والفكين :Autres* : ☐ علاجات أخرى :N° entente Préalable : ☐ رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : في حالة حادث يرجى تحديد مايلي :

La date de l'accident : ☐ تاريخ الحادث :Les causes de l'accident : ☐ أسباب الحادث :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ :
Le : **08/04/2021** في :
توقيع المؤمن له (الها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ :
Le : **08/04/2021** في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

أشطب الخانة

إمضاء من هذا المبلغوع
إمضاء من هذا المبلغوع

جـرد الوصفیات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع ومطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux										
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

عمليات الإحياء: الأشعة والصور

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					

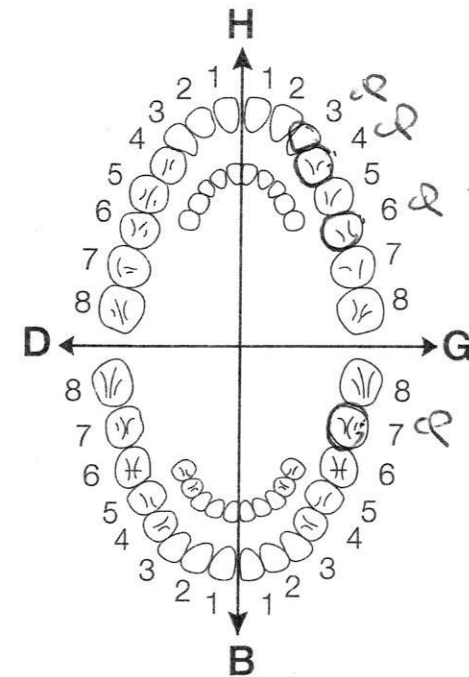
عمليات المساعدين الطبيين

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 : [][][][][][][][][][]					

وصف العمليات

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
23	ob cp.	01/4/11	D ₁₂		40,00	
24	ob cp.	03/4/11	D ₁₂		40,00	
26	ob cp.	06/4/11	D ₁₂		40,00	
27	ob cp.	08/4/11	D ₁₂		40,00	

CIM - 10



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقا لدليل العمليات المهنية.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

[Accueil](#) > [Application](#) > assure app[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentifier\)](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant sur 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 1

PAYE

EN COURS DE PAIEMENT 2

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	1 600,00	560,00	80,00	640,00
67256744	15/04/2021	BASSIR JAMILA	1 600,00	560,00	80,00	640,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](#)

☆☆☆☆☆

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : **INPE: 094015807**

N° de l'ICE : **001703929000047**

N° de l'IF : **44414850**

Dr. JAMILA AICHA
CHIRURGIEN DENTISTE

Rés. Pousa, 42 Bis Bd. Abdesslem
EL Khatib, Appt. N° 1 - 1er Etage
Casablanca - Tél: 0522 80 04 36

Date

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
23	ob + cp	01/4/21	D12		400,00	
24	ob + cp	03/4/21	D12		400,00	
26	ob + cp	06/4/21	D12		400,00	
37	ob + cp	08/4/21	D12		400,00	

Montant global : **1600,00 DH**

Mode de paiement ☐ Espèces ☒ Chèque

Signature et cachet

Adresse :

Dr. JAMILA AICHA
CHIRURGIEN DENTISTE
Rés. Pousa, 42 Bis Bd. Abdesslem
EL Khatib, Appt. N° 1 - 1er Etage
Casablanca - Tél: 0522 80 04 36

Téléphone : **05.22.80.08.36** , Fax :

E-mail :

Dr. JAMILA AICHA
CHIRURGIEN DENTISTE
Rés. Pousa, 42 Bis Bd. Abdesslem
EL Khatib, Appt. N° 1 - 1er Etage
Casablanca - Tél: 0522 80 04 36



MME JAMILA BASSIR
 ANG R ROME R ABDESAM
 KHATR 7
 CASABLANCA
 20000 CASABLANCA CENTRE DE

000067256744

Accusé de Réception

N° Réception : 67256744
 (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 : 15/04/2021 14:49
 Lieu de réception : CASA 90157
 Valeur du dossier : 1600,00
 Nombre de pièces : 2
 Code Agent : 9MGE380

Code Etablissement :
 Etablissement :