MMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR R LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

énérales :

réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

é réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

té de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

te préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, tions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi pour tous les actes effectués en série.

s d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

cie :

vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

r les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie et Biologie :

facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être ntes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

n pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de a mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

entaire :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº M21-055947

ND 79335 — Par courrier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDAI Mohamed

Date de naissance : 21/07/57

Adresse : 01 Rue Tarache Appt 18 CASA

Tél. 0661103375 Total des frais engagés : 465,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complement remboursement CNOPS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKKALI Fadoua 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 : Casa **Le :** 27 / 07 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS ACCUEIL 29 JUIN 2021 C. NINIA

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº M21-055947**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BENDAI

Total des frais engagés : 465,90

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Instructions à suivre — تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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

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

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle — توقيع و طابع التعاضدية

التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية

1 يونيو 2021

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : |_|_|_|_|_|_|_|_| تاريخ الإيداع :

CNOPS

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
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 : BAKKALI Fadoua — الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 113183 — رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 55249843 — رقم التسجيل :

N° CIN : A169456 — رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* — علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ( ) زوج Enfant ( ) ابن

Adresse : 81, Rue Cerdche CASA — العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 465,90 — مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 09 — عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant — تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins — المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Mme Fadoua BAKKALI — الإسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 16/11/57 — تاريخ الازدياد :

N° CIN : A169456 — رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ( ) ذكر F (X) انثى — الجنس*:

Identification du médecin traitant — تعريف الطبيب المعالج

N° INP 061112593 — الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins — نوع العلاجات

Maladie * ( ) * مرض

Maternité * ( ) * أمومة

Hospitalisation * ( ) * أستشفاء

Accident * ( ) * حادث

Pli confidentiel remis* : Oui ( ) Non ( ) — تم تقديم الظرف المغلق * :

Date de grossesse : |_|_|_|_|_|_|_|_| تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement : |_|_|_|_|_|_|_|_| التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_| تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident : |_|_|_|_|_|_|_|_| تاريخ الحادث :

Causes : ..... أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : CASA حرر ب :
le : 06/05/2021 في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : CASA حرر ب :
le : 06/05/2021 في :
توقيع و طابع 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

La vente de cet imprimé est formellement interdite — يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
	C			C	
06/05/2021					

CIM - 10

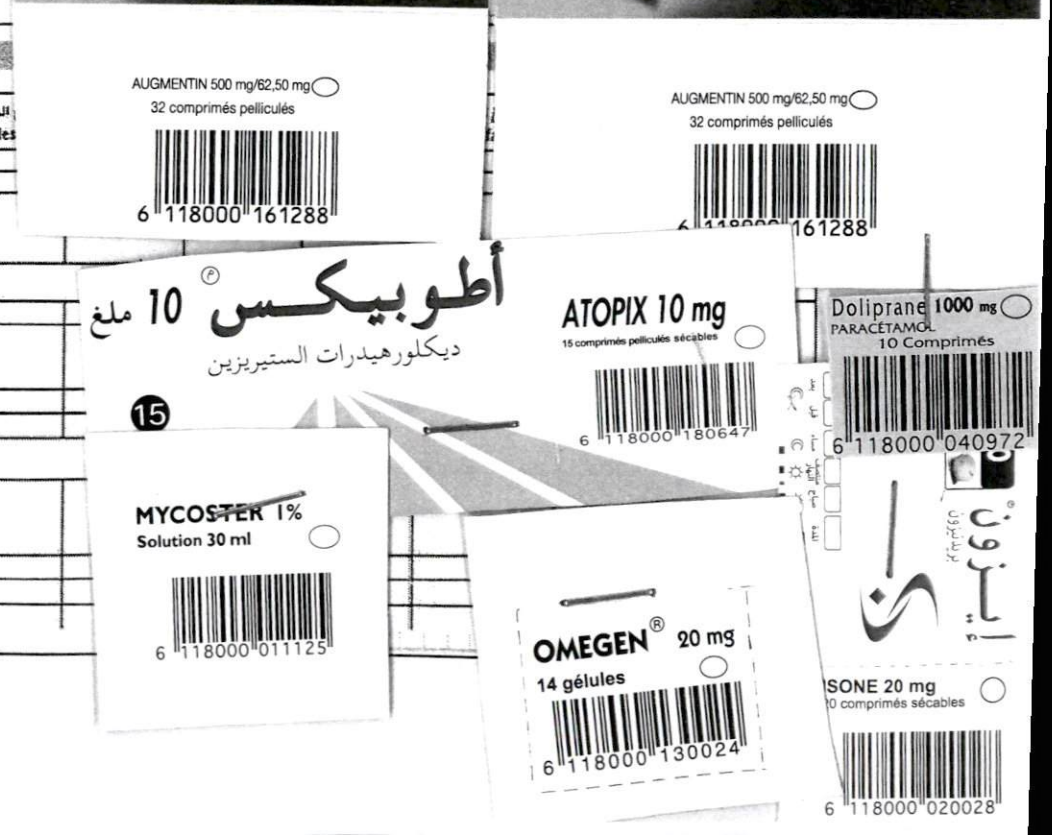
جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموتة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المقوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو موردي التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/05/2021	465,90	
	092035344	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Dr BERDAFZ
Commission Médicale
Royaume du Maroc
Direction Provinciale

PHARMACIE DU JASMIN
Dr LAMMENE Rajaa
Rue 2 Mars 2 81 ...



14:27

Ma Situation | Remboursements | Prises en charge | Immatriculation | Menu

Royaume du Maroc
CNOPS

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 | REJET 1 | PAYE

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
- 3	-	15/07/2021	Virement	-	1 550,50	695,89	136,63	832,52
68217077	11/06/2021	Payé en : 34 jours		BAKKALI FADOUA	465,20	325,64	74,43	400,07
68216494	11/06/2021	Payé en : 34 jours		BAKKALI FADOUA	357,50	250,25	57,20	307,45
68216515	11/06/2021	Payé en : 34 jours		BAKKALI FADOUA	727,80	120,00	5,00	125,00

Dr BERDAI FZ

Le 06/05/2021

ORDONNANCE

Mme Fadma BAKKALI

138,30 x2 (5) Augmentin 500 (2 boîtes)
2cp x 2/J pdt 10 jours

14,00 (2) Doliprane 1000
1cp x 2/J

45,80 (33) Isoxe 20 mg
3cp/J m de 5 jours

48,00 (4) Atopix 10 mg
1cp/J

38,00 (5) Omegen 20 mg
1gél/J

43,50 (6) Arten 1% solution
1 app x 2/J

465,90

Dr BERDAI FZ