

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-632000

Par
com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	16 93 83	Société :	RAT
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	73 288
Nom & Prénom : MOUSTAKIM SAMIRAH			
Date de naissance : 28-03-68			
Adresse : Larache			
Tél. : 0661 518556 Total des frais engagés : 512,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

Un tampon de la Mutuelle est visible sur la partie droite de ce formulaire.

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) : / /

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-632000
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	16 93 83
Nom de l'adhérent(e) :	MOUSTAKIM SAMIRAH
Total des frais engagés :	512,00 Dhs
Date de dépôt :	28-03-68

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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 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 مرض وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاشتراكية إلى التماضدية التي تتبعون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع و طابع المعاينة	
Section RABAT	
15 AVR. 2021	
MGEN	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Tariх الإيداع :	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **MEZIANI Rafik**
N° Affiliation : **179223**
N° Immatriculation : **331540 171**
N° CIN : **C214019**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : **3, fes Dar Mehdi, App 23, secteur 9
rue Roummane, Hay Ryad, Rabat**
Montant des frais (Dhs) : **5120h 10**
مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **12**

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **MEZIANI RAFIK**
Date de naissance : **251063**
N° CIN : **C214019**
Sexe : **M ذكر F امرأة**

Identification du médecin traitant

N° INP : **141 062 893**

Type de soins

Maladie *	<input type="radio"/> مرض *	Pli confidentiel remis* : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maternité *	<input type="radio"/> أمومة *	Date de grossesse :
Hospitalisation *	<input type="radio"/> استشفاء *	Date prévue d'accouchement :
Accident *	<input type="radio"/> حادث *	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **Rabat** حرب
le : **28 03 2021** تاریخ
توقيع المؤمن له (ها) **MEZIANI Rafik**

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et exactes.

Fait à : **Rabat** حرب
le : **27 03 2021** تاریخ
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du praticien traitant ou de l'établissement de soins

Maison d'Ibn Abbâs
* أشطب الخانة
هذه ملئها كلما نسي هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المحراة

CIM - 10

جسر الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التليفي Date d'exécution	النعن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/3/2024	512,10	
	106044019	
		INP
		Pharmacie KHALID Dr. A. S. S. Lot. 17 1101 Rabat ICE: 00

11. *What is the best way to increase the number of people who use a particular service?*

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعه و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية

\widehat{Z}_{44}



MR RAFIK MEZTANI
SECT 09 RES DAR EL MEJDIA
N03 APT 23 RUE ROMANE HA
RIAD RABAT
10000 RABAT RP

000007256653

ACCUSÉ de Réception

Mr Recipient
(Mr à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré
Identification

Nom et Prénom Bénéficiaire
Rang bénéficiaire

Type dossier
Date et heure
Lieu de réception
Valeur du dossier
Nombre de pièces
Code Agent

Code établissement
Etablissement

MEZTANI RAFIK
09540171 / 090121115

MEZTANI RAFIK
01

ENTREE DE SOINS
15/04/2021 14:46
SALE 92601
512,10
12
9MGE396



Ce plug-in n'est pas compatible.

Accueil > Application > assure app



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

ENREGISTRE **2**REJET **1**

PAYE

ACCORDE **1**

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	-	15/06/2021	Virement	-	2 164,10	1 326,42	308,34	1 634,76
	67876599	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	147,60	41,02	9,38	50,40
	67877010	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	910,30	631,24	148,91	780,15
	67876973	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	540,00	431,20	107,80	539,00
	67876941	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	566,20	222,96	42,25	265,21
- 3	-	05/05/2021	Virement	-	2 312,10	1 409,00	350,00	1 759,00
	67256705	15/04/2021	Payé en : 20 jours	MEZIANI RAFIK	500,00	264,00	66,00	330,00
	67256653	15/04/2021	Payé en : 20 jours	MEZIANI RAFIK	512,10	105,00	24,00	129,00
	67256599	15/04/2021	Payé en : 20 jours	MEZIANI RAFIK	1 300,00	1 040,00	260,00	1 300,00
- 2	-	31/03/2021	Virement	-	1 375,00	556,17	104,69	660,86
	66447412	03/03/2021	Payé en : 28 jours	MEZIANI RAFIK	763,80	177,68	18,18	195,86
	66447434	03/03/2021	Payé en : 28 jours	MEZIANI RAFIK	611,20	378,49	86,51	465,00
■ 1	-	25/12/2020	Virement	-	2 400,00	800,00	100,00	900,00
■ 1	-	03/11/2020	Virement	-	550,00	360,00	50,00	410,00
■ 1	-	30/06/2020	Virement	-	532,90	160,60	14,28	174,88

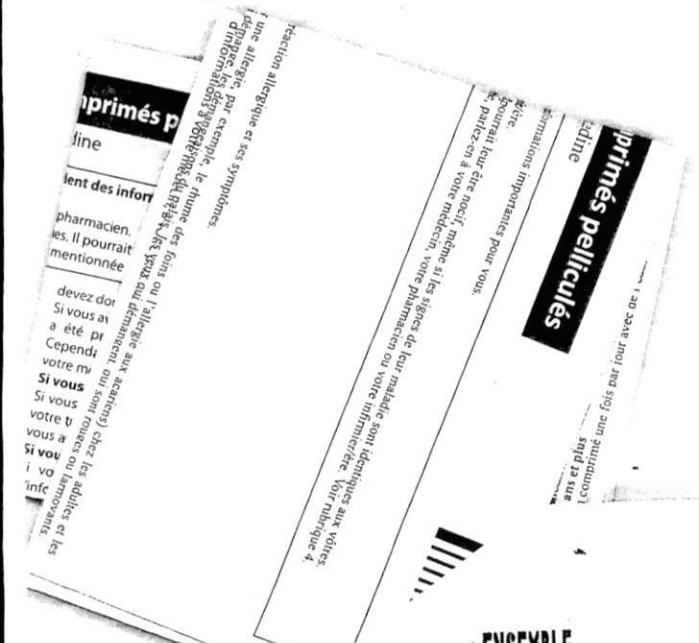
جميعاً مع الطفل السكري

ANCE

Rabat ; le : 27/03/2021

KEZIANI Mounia
Dr. 
Maisons de
Santé

Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat
Tél: 0537 795 096



ORDONNANCE

Rabat : le : 27/03/2021

1) Aerius com $\frac{1}{3}$ 3 mos (3B75)

3x180,70 1st 1; 1 3 mos

2) No 3 air pulse - nozzle

2x75,00 1x1; 1st

3/18/10

**Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat
Tél: 0537 795 096**