

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-631996

*par
com*

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9383**

Société : **RAJ**

79290

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : **MOUSTAKIM - SAJIRA**

Date de naissance : **28-03-68**

Adresse : **le ...**

Tél. : **0661 518556**

Total des frais engagés : **1300**

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-631996

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماجدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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.



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 : MEZIANI RAFIK

N° Affiliation : 179223

N° Immatriculation : 931540171

N° CIN : C214019

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

Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ Enfant ☐

Adresse : 3, Res Dar Mehdi, App. 23, Secteur 9, Rue Roummant, Hay Hayat, Rabat

Montant des frais (Dhs) : 13000

Nombre de pièces jointes : 3

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : MEZIANI RAFIK

Date de naissance : 25/06/3

N° CIN : C214019

Sexe : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1110162893

Type de soins

Maladie * ☐ مرض * ☐

Maternité * ☐ أمومة * ☐

Hospitalisation * ☐ استشفاء * ☐

Accident * ☐ حادث * ☐

Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

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
Le : 30/03/2021
Touche du patient (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et fiables.
Fait à : Rabat
Le : 30/03/2021
Touche du patient (لها)
Signature de l'assuré (e)

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

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التماجدية

Section RABAT

15 AVR. 2021

MGEN

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Laboratoire Arrivat Center
Appt. 12, Imm. 24, Av. Omar
Ibn Al-Khattab - Agdal - Rabat
Tel : 05 37 68 68 09

Dates des actes تاريخ الأفعال	Code des actes رمز الأفعال	Cotation NCAP Lettere clé + قيمة الأفعال	Valeur clé قيمة الأفعال	Montant facture مبلغ الفاتورة	Signature et Cachet du Radiologiste ou توقيع و ختم أخصائي الأشعة
84/038091		B1680	1300'0		Laboratoire Attribut مختبر التخصيص Appt. 12, Immeuble 24, A طابق 12، المبنى 24، أ Ibn Al Khatib, Agda ابن الخياط، أغدا Tél: 05 37 68 68

[illegible]

Royaume du Maroc



MR RAFIK MEZIANI
SECT 09 RES DAR EL ME DI
N03 APT 23 RUE ROMANE HA
RIAD RABAT
10000 RABAT RP

00600-250599

Accusé de Reception

N° Reception : 67250599
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : MEZIANI RAFIK
Immatriculation : 93540171 / 090121115
Nom et Prénom Bénéficiaire : MEZIANI RAFIK
N° Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 15/04/2021 14:44
Lieu de réception : SAIE 92601
Valeur du dossier : 1300,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : 9MGF 396

Code Etablissement :
Etablissement :



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

LABORATOIRE ARRIBAT CENTER D'ANALYSES MEDICALES**Docteur CHIHAB WAF AE****Tél: 05.37.68.68.09 -- Fax: 05.37.68.68.09****INPE: 097158711 -- ICE: 001699806000012 -- IF: 33765437****FACTURE: 10994/2021**

RABAT le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

24/03/2021
MR MEZIANI RAFIK
15H6

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
VS.VITESSE DE SEDIMENTATION	30
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
ACIDE URIQUE SERIQUE (URICEMIE)	30
GLYCEMIE A JEUN	30
TRANSAMINASE O/GOT/ASAT/TGO	50
TRANSAMINASE P/GPT/ALAT/TGP	50
Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
CHOLESTEROL TOTAL	30
CHOLESTEROL HDL	50
LDL,CHOLESTEROL LDL	50
TRIGLYCERIDES	60
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	250
PSA.ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE	300
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
Total du (B)	B 1620
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	1 300,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: **MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

Laboratoire Arribat Center
Appt 12, Imm. 24, Av. Omar
Ibn Al Khatteb, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 68 68 09

ENSEMBLE
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعا
مع الطفل السكري

Laboratoire Arribat Centre
Appt. 12, Imm. 24, Av. Omar
Ibn Al Khattab, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 68 68 09

ORDONNANCE

Rabat : le : 23/03/2021

Dr NEZIANI Rafik

- 1) NFS + Hg
- 2) VS
- 3) urée - creat - uricémie - GAT
- 4) Transaminases
- 5) HbA1c
- 6) Cholestérol HDL - LDL - TG
- 7) TSH us
- 8) Dosage de PSA sé
- 9) Dosage de vitamines D sé

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

MEZIANI RAFAÏK
Pédiatre
Maison du Jeune Diabétique
6 Rue Ibn Al Khattab, CYM, Rabat