

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-631988

par
cours

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9383

Matricule : 9383 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 79289

Nom & Prénom : MAUSTAKIN SAMIRA

Date de naissance : 28-03-68

Adresse : la m...

Tél. : 06 61 51 85 54 Total des frais engagés : 540 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) : /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-631988

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



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

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

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 المشددة وأشدتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية 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 1.10101 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **MEZIANI RAFIK** : الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **179223** : رقم الانخراط
N° Immatriculation : **331540171** : رقم التسجيل
N° CIN : **C214019** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : **3, Les Dars Mehdi, App. 23, Secteur 23, Rue Moussine, Hay Eljad, Rabat** : العنوان
Montant des frais (Dhs) : **540** : مبلغ المصاريف (دروهم)
Nombre de pièces jointes : **2** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **MEZIANI RAFIK** : الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **251063** : تاريخ الميلاد
N° CIN : **C214019** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe : **M** ذكر F أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1419612833** : الرقم الوطني للاسناد للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie * مرض : Pli confidentiel remis : Oui Non : تم تقديم الظرف المغطى
Maternité * أمومة : Date de grossesse : تاريخ الحمل
Hospitalisation * استشفاء : Date prévue d'accouchement : لتاريخ الترقيد للولادة
Accident * حادث : Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء
Causes : أسباب الحادث : Date d'accident : تاريخ الحادث

أشدد بصفة كل ما ذكر أعلاه : I atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **Rabat** : حرره في :
le : **30/03/2021** : غدا :
Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له (لها)
أشدد بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Rabat** : حرره في :
le : **27/03/2021** : غدا :
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cache et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : Cache et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

PNP - Identification Nationale du Praticien
Cache la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مطلقا كليا بيع هذا المطبوع

Cache et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاوضية
SECTION RABAT	
21 MAI	
Identification de l'agent :	تاريخ الإيدع :
MGEN	

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرر الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن الملوّن Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عن الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رقم العمليات Code des actes	معامل العملات Lettre clé + Cotation NGAF	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ/المقوّم Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
21.06.21	22x2			540,00	
	TPR				

Actes Paramédicaux

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

es
tar
ctes

ENSEMBLE
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعا
مع الطفل السكري

ORDONNANCE

Rabat ; le : 27 / 3 / 2021

Dr AZIANI R. f.k.

1) T.S. H. O.S

2) L.T.

تاريخ
les actes

Dr AZIANI R. f.k.
Maison du Jeune Diabétique
6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat
Tél: 0537 795 096

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

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

FACTURE

ex. Professeur Agrégé
Radio-Isotopes et Médecine Nucléaire
7, Av Omar Ibn Khattab - Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 77 29 51

N° 0001188

Rabat le 21.06.2024 الرباط في 21.06.2024

M. MEZIANI RAFIK السيد

Examen	Tarif
FTM	270,00
TSN (us)	270,00
TOTAL	540,00
vingt sept mille quatre cents	

Patente N°: 25703887
IF: 33411210

C.N.S.S.N° :2127307
ICE :001583167000063



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

000067876973

Accusé de Réception

N° Réception : 67876973
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

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

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 24/05/2021 14:10
Lieu de réception : SALE 92601
Valeur du dossier : 540,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : 9MGE396

Code Etablissement :
Etablissement :