

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie

N° W21-631992

par
com



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9383

Société :

RM

79386

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSTAKIM

SATIRA

Date de naissance :

28.03.68

Adresse :

la route

Tél. :

06 61 51 85 54

Total des frais engagés :

2400

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-631992

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



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

MR RAFIK MEZIANT
SECT-09 RES DAR EL MROU
NO3 APT 23 RUE ROMANE HA
RIAD RABAT
10000 RABAT RP

annulation

accusé de Réception

N° Recup. 67256674

67256674

ANNEZ & rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré
Financement
Nom et Prénom Bénéficiaire
Nom Bénéficiaire

MEZIANT RAFIK
93540171 / 090121115
MEZIANT RAFIK
01

DOSSEURS SOUMIS AU CM

15/04/2021 14:47

SATE 92604

2400,00

6

9MGE596

944

Type dossier
Date et heure
Frais de reoption
Nombre du dossier
Nombre de pieces
Code agent

classe Public Economie
Public Economie

Instructions à suivre

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.

تعليمات يجب الاباعها

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، وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلامات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تتبعون إليها في طرف 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 المصاروفة على أساس التعريفة 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 رهن 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
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

MEZIANI RAFAIK

179223

931540171

C914019

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 3, les Dés de Melodi, App 23, Secteur 9, Rue Hoummam, Hay Ryad, Rabat

Montant des frais (Dhs) : 240000 : مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 6 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : MEZIANI RAFAIK

251063

C914019

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : ♂ ذكر ♀ أنثى

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للمعابر :

ملتفى شارع الحسن II إقامة VI

عمره: 45 سنة 5 تمارة المركز

Type de soins

Maladie * INP: 10163269110577144 Confidential ref: :

Oui Non

Tarif du travail : تاريخ الحمل :

Tarif de la maternité : التاريخ المترقب للولادة :

Tarif de l'assurance : تاريخ الاستشفاء :

Date d'hospitalisation : تاريخ الحادث :

Date d'accident : أسباب الحادث :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : 22/05/2021 جريراً

le : 22/05/2021

Signature de l'assuré (e) :

Cacher et signer la feuille de soins ou de l'établissement de soins

الدكتورة رفاعة مصطفى المراكشي

أطباء وعيادات العيادة المراكشي

شارع العصافير 5 تمارة 5 حي المراكشي

العنوان: 10163269110577144

الموبايل: 052747194

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle		توقيع وطابع التغطية
Identification de l'agent :		
Date de dépôt du dossier :	Tariх въвеждане:	

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

description des actes effectués

كتاب حوصف العمليات المجرأة

LIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الدين المفتوح 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

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية

توقيع و ملابع المساعد الطبي



CENTRE DOUNIA NASSOHA

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

الطب البشري والتأهيل

TEMARA LE, 23/02/2022

DEVIS

- NOM : *Meziani*
- PRENOM : *Rafik*
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : *D : B : El Hamdaoui*
- DIAGNOSTIC : *NcB droite*
- NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : *20 séances*
- MONTANT DES SEANCES PRESCRITES : *$20 \times 120 = 2400$ DH*

- NOM DU KINESITHERAPEUTE : Mme DOUNIA NASSOHA



Temara Centre Angle Av. Hassan II Et Av. Mohamed VI Immeuble Nakhil Apt. 6B
Tél. : +212 (0) 537 64 25 25 - Fax : 212 (0) 537 61 03 04 - GSM : +212 (0) 662 37 38 13 - E-mail : douniakine@gmail.com
IF : 40267590 - TP : 27937495 - RC : 95722 - CNSS : 4057677 - ICE : 000813431000006

NOTE CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

221021 2021

2) Renseignement cliniques sommaires :

NCB write communc.

3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'Entente préalable (si possible, nombres des actes en série) :

Vingt Séances de Rééducation fonctionnelle

4) Durée prévisible du traitement :

Dix semaines

Termine le 22/02/2021

Signature



CENTRE DOUNIA NASSOHA

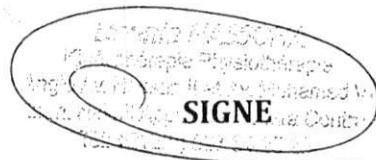
KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

النباوي خالد

TEMARA LE, 09/04/2021

FACTURE : N° 30/2021

- NOM DU PATIENT : *Megiani*
- PRENOM : *Rafik*
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : *D. B. El Hamdaci*
- DIAGNOSTIC : *NCB droite*
- NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : *20 séances*
- NOMBRE DE SEANCES REALISES : *20 séances*
- DATE DES SOINS : *23/02/2021 au 09/04/2021*
- MONTANT DES SEANCES : *20 x 120 = 2400 Dhs*
- ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : *Deux mille quatre cent dinars*
- NOM DU KINESITHERAPEUTE : **Mme DOUNIA NASSOHA**



Temara Centre Angle Av. Hassan II Et Av. Mohamed VI Immeuble Nakhil Apt. 6B
Tél. : +212 (0) 537 64 25 25 - Fax : 212 (0) 537 61 03 04 - GSM : +212 (0) 662 37 38 13 - E-mail : douniakine@gmail.com
IF : 40267590 - TP : 27937495 - RC : 95722 - CNSS : 4057677 - ICE : 00081343100006



CENTRE DOUNIA NASSOHA

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

الطب الباطني والجراحي

TEMARA LE 09/04/2021

MEZIANI RAFIK

calendrier détaillé

DATE	NOMBRE DES SEANCES	MONTANT DES SEANCES
23/02/2021	1	120,00
25/02/2021	1	120,00
27/02/2021	1	120,00
01/03/2021	1	120,00
03/03/2021	1	120,00
05/03/2021	1	120,00
08/03/2021	1	120,00
10/03/2021	1	120,00
12/03/2021	1	120,00
15/03/2021	1	120,00
17/03/2021	1	120,00
19/03/2021	1	120,00
22/03/2021	1	120,00
24/03/2021	1	120,00
26/03/2021	1	120,00
29/03/2021	1	120,00
31/03/2021	1	120,00
02/04/2021	1	120,00
06/04/2021	1	120,00
09/04/2021	1	120,00
TOTAL		2400,00

Temara Centre Angle Av. Hassan II Et Av. Mohamed VI Immeuble Nakhil Apt. 6B

Tél. : +212 (0) 537 64 25 25 - Fax : 212 (0) 537 61 03 04 - GSM : +212 (0) 662 37 38 13 - E-mail : douniakine@gmail.com

IF : 40267590 - TP : 27937495 - RC : 95722 - CNSS : 4057677 - ICE : 000813431000006

Dr. Btissam EL HAMDAOUI

RHUMATOLOGUE

Echographie de L'appareil Locomoteur

Diplômée De La Faculté De Médecine

De Rabat

Ancienne Attachée À L'hôpital

El Ayachi - Salé



د. ابتسام الحمداوي

أخصائية أمراض الرئبة (الروماتيزم)

أمراض العظام والمفاصل

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقاً بمستشفى العيashi بسلا

Témara le : 22 FEV 2021

Tegiani Rafik.

NCB Droite commune.

jaie SVR pose à ces de
scolarisation scelle.

- IR + massage antalgique et de contre tension
- US
- électrostimulation
- exercice +
- sophro Cervicale + trapèzes.

ملتقى محمد VI إقامة النخيل عماره "A" شقة 5 تمارا • المرسى
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre
Tél.: 0537 747 184 • E-mail : hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968

ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269

