

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



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

Déclaration de Maladie

89269 N° M21- 0005863

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09098 Société : RAH
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EDDAOUDI AHMED
 Date de naissance : 01-01-1955
 Adresse : Hay Al Azhar Im 3 n 19 T2 8/8
 Berradja Casablanca
 Tél. : 0657424824 Total des frais engagés : 458,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 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 : Casablanca

Le : 25 / 10 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض انبعاث المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



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 (ها)

Nom et prénom : FETOUAKI Zoulikha

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐

زوج ☐

Enfant ☐

ابن ☐

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Adresse : Hay AL Azhar 7m 3 Apt 19 Tr 8/2
AHL Lougloum casablanca

Montant des frais (Dhs) :

458,60

Nombre de pièces jointes :

مبلغ المصاريف (درهم) : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du medecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : FETOUAKI Zoulikha

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ☐

ذكر ☐

Féminin ☒

أنثى ☒

تاريخ الميلاد : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس* :

Identification du medecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

3APY 3231

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

Maladie*

مرض *

Maternité*

أمومة *

Hospitalisation*

إستشفاء *

Accident*

حادثة *

Pli confidentiel remis* :

oui non

نوع العلاجات تم تقديم الظرف المغلق* :

Date de grossesse :

تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation :

تاريخ الإستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Causes :

أسباب الحادث :

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

Fait à : Casablanca

Le : 19/07/2021

توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

أشهاد بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca

Le : 19/07/2021

توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature et tampon du medecin traitant

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

* أشطب الخانة



MME ZOULIKHA FETOUAKI
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI
CASABLANCA
20600 CASABLANCA SIDI BERNOUSS

000068869136

Accusé de Réception

N° Réception : 68869136
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : FETOUAKI ZOULIKHA
Immatriculation : 93288047 / 090035932
Nom et Prénom Bénéficiaire : FETOUAKI ZOULIKHA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 19/07/2021 13:35
Lieu de réception : CASA SIEGE 90141
Valeur du dossier : 458,60
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE188

Code Etablissement :
Etablissement :



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).



MME FETOUAKI ZOULIKHA

Droit Ouvert

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3/APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERVOUSSE

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

Mes ayants droit

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★



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

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
2		06/09/2021	Virement		961.00	101.10	14.48	115.58
68869136	19/07/2021	Payé en : 49 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	458.60	69.10	11.48	80.58
68869124	19/07/2021	Payé en : 49 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	502.40	32.00	3.00	35.00
1		01/02/2021	Virement		387.70	265.39	49.03	314.42