

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-694894



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BEN CHEIKH LI AMIB

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Residance ISN ou Koton Rue Soukolo

Téléphone : 0661 18 11 27

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 10.03.2022

Instructions à suivre

تعليمات بحث العلاجات

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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.(Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4 , rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتواقيع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهني الصحة وتوفيقهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية،

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج،

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقيدة بغير حق دون الالتماع بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (ال المادة 135 من القانون 65-00)،

للمزید من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين أسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة 4561/14839، الدخيل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٣٠٦٢٢



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): حامن بالمؤمن له

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الاتraction :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تمرين الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe*:

Masculin ذكرFéminin أنثى

Identification du médecin traitant

تمرين الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المغلق* :

oui non

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشارة :

Date d'accouchement :

تاريخ الحادث :

Date d'hospitalisation :

أسباب الحادث :

Date d'accident :

Type de soins

Maladie*

مرض *

Maternité*

أمومة *

Hospitalisation*

استشفاء *

Accident*

حادث *

Fait à :

Le :

(إ) توقيع المؤمن

Signature de l'assuré (e)

حرر :

في :

أشهر صحة

كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à :

Le :

أصرع بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

توقيع وطلب الطبيب المعالج
والموسيسة الصحيةCachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

Casablanca - 051722076

* ضع علامة في الخانة المناسبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منع ملء كل بقية هذا المطبوع

CIM - 10

الوصفات التي تم تلقيتها والتحفيرات الطبية المعموقة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/01/22	303,8	<p>Madame BARTAL MAMA</p> <p>Pharmacie Acharaf</p> <p>Rue Socrate - Maârif</p> <p>Casablanca - Tel : 0522 25 22 09</p>
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 24022022 Num décompte : 9MGE3480151 Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6

28/02/22

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT. GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 26012022 - 26012022 Arrivée: 23022022 **Compos.: 72746271**

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo

PH0 29,90 1,00 30,60

PH 273,90 1,00 273,90 70 86 191,73 43,82

B001 400,00 1,00 400,00 80 100 320,00 80,00

B 523,20 380,00 1,10 80 100 334,40 83,60

S100 11,00 1,00 11,25 80 100 8,80 2,20

Part complémentaire réglée le : 24.02.22

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 5 854,93 209,62 1064,55

Paie. et édit. dest. : 28022022 28022022



MME ZOHRY BOUCHRA
N21 RUE HALAB

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 72746271 Date et heure : 23/02/2022 11:00

Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA

Immatriculation : 93816585 / 090305604

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90139

Valeur en Dirhams : 1 237,80 Nombre de pièces : 4

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE160

Nom Etablissement :

Accusé de Réception

