

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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

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

M22- N° 002539

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05682 Société : RAM 112735

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEHMANE Mohamed

Date de naissance : 29/12/1958

Adresse : Attadamoune Rue 2 IM76 n°2

OULFA - CASA

Tél. : 06.62760843 Total des frais engagés :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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

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

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

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

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **شركة سعودي** **SAOUD NEZHA**
رقم الانخراط: **141436**
رقم التسجيل: **932 485062**
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **0578340**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): **ابن** **Enfant** **زوج** **Conjoint**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان: **إقامة الدخا من الرقة 76 سوقة الألف**
Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **496,50**
عدد الوثائق المرفقة: **01**
Montant des frais (Dhs):
Nombre de pièces jointes:

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي: **شركة سعودي** **SAOUD NEZHA**
تاريخ الازدياد: **10/03/1962**
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **0578340**
الجنس: **أنثى** **Femelle**
Nom et prénom:
Date de naissance:
N° CIN:
Sexe*:

تحريفي الطبيب Identification du médecin

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)
INPE: 091063801

نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المخلق*: **oui** **non**
تاريخ الحمل: **28 Feb 2022**
التاريخ المرتقب للولادة: **28 Feb 2022**
تاريخ الاستشفاء: **28 Feb 2022**
تاريخ الحادث: **28 Feb 2022**
أسباب الحادث: **28 Feb 2022**
Type de soins
Maladie* ☐ مرض*
Maternité* ☐ أمومة*
Hospitalisation* ☐ إستشفاء*
Accident* ☐ حادث*

فعل إلى: **حرب**
في: **07/01/2022**
توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
فعل إلى: **حرب**
في: **07/01/2022**
أشهر توقيع وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature et cachet du médecin traitant
CHIRURGIEN CARDIAQUE
19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
INPE: 091063801

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

توقيع وطابع التعاضدية Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

MME SAOUD NEZHA

OULTA GVR 116 N 41

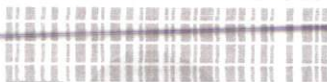
CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000



Accusé de Réception



N° de Dossier :

72829870

Date et heure : 28/02/2022 14:30

Nom et prénom Assuré :

SAOUD NEZHA

Immatriculation :

93425062 / 09008/296

Nom et prénom bénéficiaire/Rang:

SAOUD NEZHA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90142

Valeur en Dirhams :

496,50

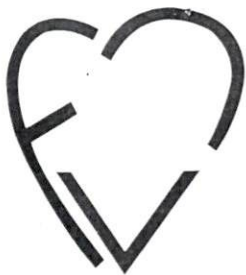
Nombre de pièces :

1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9746247

Nom Etablissement :



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس فيل

22/02/2022

SAUD NEZHA

1-80 1/ Sepcen 500mg 1.5

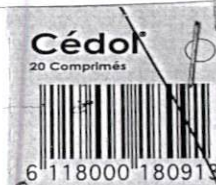
2200 2/ Cédor 1.5

7880 3/ Vitanevril 1.5

70-90 4/ Profenid 100mg 1.5

9900 5/ Oedes 1.5

20100 6/ Daffon 1000 1.5



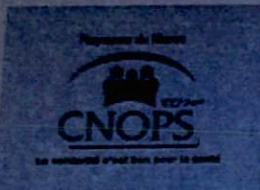
DR. B. FARIS
CHIRURGIEN CARDIAQUE
19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
INPE: 091063891

393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC



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

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
- 2	-	07/04/2022	Virement	-	1 937,50	824,35	114,48	938,83
72829870	28/02/2022	Payé en : 38 jours		SAOUD NEZHA	496,50	168,35	38,48	206,83
72830367	28/02/2022	Payé en : 38 jours		SAOUD NEZHA	1 441,00	656,00	76,00	732,00
1	-	16/03/2022	Virement	-	3 470,10	1 169,57	165,82	1 335,39
72184615	26/01/2022	Payé en : 49 jours		SAOUD NEZHA	3 470,10	1 169,57	165,82	1 335,39
3	-	18/11/2021	Virement	-	2 485,20	1 564,64	325,71	1 890,35
1	-	07/06/2021	Virement	-	693,00	385,80	70,04	455,84
1	-	17/03/2021	Virement	-	1 629,20	1 157,89	273,19	1 431,08
					721,00	85,00	7,80	92,80