

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'adéquation du médicament prescrit par le facture de l'antécédent sont à inscrire 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 AID et AIC :

- 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.



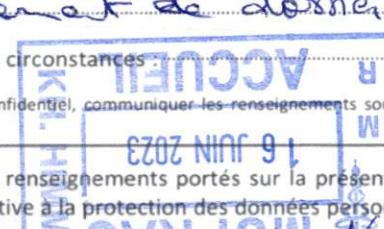
MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº W21-709958

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12706</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL KARROURIC</u>			
Date de naissance : <u>10/03/1985</u>			
Adresse :			
<u>Abs434</u>			
Tél. : <u>0666957545</u>	Total des frais engagés : <u>300,00</u>		

Autorisation CNPDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	18/06/2012		
Nom et prénom du malade :	JAHID RYAD		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age: <input checked="" type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :	Complément de dossier		
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'att médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : CRESA BLANCA	Le : 16.06.2012		
Signature de l'adhérent(e) :			

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.

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et timbre de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Signature et timbre de l'agent :

Instructions à suivre

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Présenter le nom et le prénom de la personne soignée sur chaque feuille de soins.

Jointer les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés aux ordonnances transmises.

Présenter une feuille de soins ainsi que les pièces justificatives 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
Marque Réf.

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : J A I D I Mounir

55222

710604

AB111327

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint ○ زوج Enfant X ابن

Adresse : Résidence El Mansour Imb 46
Appart 4 BD Ghendi 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 300,00 Dhs مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Jaidi Ry A.D.
120612

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

المرض

أمومة

استشفاء

حادث

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à le

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

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشطب الخاتمة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا النموذج

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصورة، الأشعة و الاحياء، عمليات

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

1947

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

التاريخ 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
		INP			
		INP			
		INP			

 (</portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect>)

 Mes Situations

 Remboursements

 Prises en charge

 Immatriculation

 Menu ▾

 Jours maladie

 Frais engagés

 120,00

 22,50

 142,50



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

❶ 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
- 5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
80155409	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI RYAD	503,40	120,00	22,50	142,50
80154973	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI RYAD	300,00	120,00	22,50	142,50
80152450	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI MARIA	469,20	238,44	49,57	288,01
80152555	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI RYAD	677,30	231,09	47,89	278,98
80153986	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI MARIA	300,00	120,00	22,50	142,50
■ 1	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
■ 1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92
■ 1	-	30/09/2022	Virement	-	3 841,40	1 320,00	22,50	1 342,50
■ 3	-	05/09/2022	Virement	-	1 489,70	883,34	197,59	1 080,93
■ 1	-	02/09/2022	Virement	-	398,40	188,88	38,24	227,12



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie du strabisme
Lentilles de contact

الدكتورة مياره نزهه

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال
علاج وجراحة الحول
العدسات اللاصقة

Casablanca, le 03 février 2023

Enf. JAIDI Ryad

HYE UNIDOSES

1 goutte 3 fois par jour 24h la dosette, dans les deux yeux

