

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.

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

N° W19-582257

CONFIDENTIEL

140246

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AOUAD NADIR
 Date de naissance : 13/04/1953
 Adresse : HADJELLA
 Tél. : 0661411411 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : LAKHOU KHADJA Age :
 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 : 09/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية 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 التعاوضية التي تتنمون 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 وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الأخلاق 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 للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

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 زقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0661 90756 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRIF KHADJA

رقم الانخراط : 31511711

رقم التسجيل : 942 9108189

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 181210131111

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة) : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : RESIDENCE ABDELMOUMEN 1142 APT 11

BD BIR ANZARANE DE LA COMMUNE CARABANUA

إجمالي المصاريف (بالدزم) : 300.00 DH

عدد الوثائق المرفقة : 1

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRIF KHADJA

تاريخ الزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج : 181210131111

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

Type de soins :

Admission ALD* : oui ☐ non ☐

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires* :

Hospitalisation* :

Pli confidentiel remis* : oui ☐ non ☐

Date d'hospitalisation :

Fait à : Casa Blanca

Le : 10/11/2012

توقيع وطابع الطبيب المعالج

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

[illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والمصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					
INP :					

Actes Paramédicaux

١٠٠ عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					



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 2

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	-	02/12/2022	Virement	-	770,70	356,10	20,00	376,10
76686437	06/10/2022	Payé en : 57 jours		LAKHRIF KHADIJA	470,70	221,10	20,00	241,10
76686395	06/10/2022	Payé en : 57 jours		LAKHRIF KHADIJA	300,00	135,00	0,00	135,00
3	-	15/11/2022	Virement	-	5 403,92	3 894,20	274,45	4 168,65
1	-	11/08/2022	Virement	-	1 834,31	1 679,80	29,25	1 709,05
1	-	29/07/2022	Virement	-	556,10	120,00	5,00	125,00
1	-	03/06/2022	Virement	-	2 000,60	787,04	152,45	939,49
1	-	02/06/2022	Virement	-	1 685,40	198,00	13,20	211,20
1	-	12/05/2022	Virement	-	193,60	135,52	30,98	166,50
1	-	23/04/2022	Virement	-	1 834,31	1 678,80	29,00	1 707,80

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

● **CNOC** ●

05/10/2022

A l'honneur de présenter à Mme LAKHRIF Khadija

Frais médecin anesthésie 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

je vous prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

Dr. Mohamed TADJ
BENKIRANE
Medecin Anesthesiste
Reanimateur

ACCUEIL
CLINIQUE NOIR OPTALMOLOGIE
28, Angle des Eglises et Ruelle
des Ecrites - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 85 / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28. زاوية زفكة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: LG 05 22 23 49 89 • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

روم ص: 090060914 • الباتنتا: 34751148 • تـج: 40143077 • صـوضـج: 8282733 • م.م.ش: 002209107000090 • التجاري و افا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 67 007 780 0001227000000605

MME LAKHRIF KHADIJA
RES. ABDELMOUMEN IMM 2
APT 11 BD BIR ANZAR

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier :

76686395

Date et heure : 06/10/2022 11:36

Nom et prénom Assuré :

LAKHRIF KHADIJA

Immatriculation :

94908139 / 500328123

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: LAKHRIF KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams :

300,00

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc

Date d'édition : 06/10/2022 11:36:16



Accusé de Réception

