

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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° P19-0017611

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01177 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AISSOU Fatouma Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : complément Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RADI Hajer Age : 26 ans

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما دما في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 التعااضدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : RADJ ELPOSTOHA

N° Affiliation : 12465310

N° Immatriculation : 1311304113

N° CIN : 1311229814

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

Adresse : 113, rue 28 Alia 2 Oufia Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 723,71

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : RADJ MAJAR

Nom et prénom :

Date de naissance : 19061993

N° CIN : 131318190812

Sexe : M ♂ F ♀

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 09 11 5 6 7 3 2

Type de soins : Spécialiste Médecin Casablanca

Maladie : مرض

Maternité : أمومة

Hospitalisation : استشفاء

Accident : حادث

Pli confidentiel remis : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Debb G Haleb

description des actes effectués					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	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 الإحصاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
22/5/19	02			150		24/05/19	B 3A			352,5A		
CIM - 10												

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			Actes Paramédicaux					
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	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
22/5/19	221,20							

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			Actes Paramédicaux					
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	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
22/5/19	221,20							

4



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	NON PAYE 1
-------------	---------------------------------	------	-------------------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	24/07/2019	Virement	-	1 590,12	955,78	210,74	1 166,52
57070606	11/06/2019	Payé en : 43 jours		RADI HAJAR	723,71	392,80	73,20	466,00

Royaume du Maroc



MR EL MOSTAPHA RADI
N 113 RUE 28 ALIA 2 EL
OULFA
CASABLANCA
20200 CASABLANCA HAY HASSANI

000057070606

Accus de Rception

Nº Rception : 57070606
(Nº rappeler pour toute correspondance ultrieure)

Nom et Prenom Assur : RADI EL MOSTAPHA
Immatriculation : 43304513 / 040097263
Nom et Prenom Bnficiaire : RADI HAJAR
Rang Bnficiaire : 31

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 11/06/2019 14:44
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125
Valeur du dossier : 723,71
Nombre de pices : 7
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :
Etablissement :



وصفة
ORDONNANCE



وصفة
ORDONNANCE



Le 22/05/19
M^{lle} Radi Hajar

Le 22/05/19
M^{lle} Radi Hajar

123,00
1) Bi-martial gel

26,20
2) 1 gel / J 1 ms

3) A c f r l 5 up
1 cp / J - 20 J

4) A o l d e t u p m u l l i v e r t e
1 cp / J

Dr EL RHALIR
Spécialiste Médecine
Interne
Casablanca

05 22 86 42 05 : فاكس : 27 - 05 22 86 30 20 : الهاتف
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

- Fermetine
- colceum
- prolidem

Dr EL RHALIR
Spécialiste Médecine
Interne
Casablanca

Laboratoire GèneLab
S 1240519017
RADI Hajar
01/01/1993
DN: FERRI

05 22 86 42 05 : فاكس : 27 - 05 22 86 30 20 : الهاتف
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biologiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca, genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE : 097163968 - IF : 51485800

FACTURE

Casablanca, le 24/05/2019

Facture N° 240519-017 du 24/05/2019

CNOPS

Dr : EL RHALI R

N°Bon de soin

Mle

Patient Mlle RADI Hajar

Analyses	Valeur en B	Montant
FERRITINE	250	275,00
PROTIDES TOTAUX	30	33,00
CALCIUM	30	33,00
Total B	310	341,00
APB	1,0	11,51
Total		352,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois cent cinquante-deux dirhams 51 centimes***

Genelab
Laboratoire Médical
Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casablanca
M. BENAZZOUZ
Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C"
Bd. Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 10 60
Fax : 05 22 93 10 61
ICE : 001084109000068
Patente : 35051078
INPE : 097163968
IF : 51485800

IF: 51485800