

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.

ntaire :

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

Complément Dossier

Déclaration de Maladie

N° P19-

055438

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GUERMOUDI Amina

Date de naissance : 19/11/59

Adresse : N° 46 Lotissement Laimouna 1

Casa

Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 669,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Casa Le : 8 / 12 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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 التعاضدية

06.61.91.57.02

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] [] [] [] : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : EL ARCHI AHMED

رقم الانخراط : 397010

رقم التسجيل : 371397010

رقم بطاقة التعريف الوطنية : BKKK3911

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان : Lotissement LA MOUNEY, lot N° 46

CASABLANCA

مبلغ المصاريف (درهم) : 669.30

عدد الوثائق المرفقة : 01 (un)

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : M. EL ARCHI AHMED

تاريخ الميلاد : 17/05/1955

رقم بطاقة التعريف الوطنية : BKKK3911

الجنس : Masculin ☒ ذكر Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 051164949

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

Maladie* ☐ مرض
Maternité* ☐ أمومة
Hospitalisation* ☐ إستشفاء
Accident* ☐ حادث

تم تقديم الطرف المغلق* : oui ☐ non ☐
تاريخ الحمل : [] [] [] [] [] []
التاريخ المرتقب للولادة : [] [] [] [] [] []
تاريخ الإستشفاء : [] [] [] [] [] []
تاريخ الحادث : [] [] [] [] [] []
أسباب الحادث : [] [] [] [] [] []

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à : CASABLANCA
Le : [] [] [] [] [] []
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

أشهاد بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : CASABLANCA
Le : [] [] [] [] [] []
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

- INP : Identification Nationale du praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
22/09/20	CUS		10,00 DH		<i>[Signature]</i>

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/09/20	519,30	<i>[Signature]</i> Dr BELLA KARIM Pharm. Par Assalam 32 Op. - Casablanca Oulfa - Casablanca Tel : 06 22 93 22 31

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté
de Médecine - Casablanca
Médecine Générale

Nutritioniste

Médecin agréée par le Ministère de la santé
Visite Médicale pour permis de conduire

Casablanca, le :

MR EL ARCHI AHMED

1) 116,80 x 3
Lipanthyl1 cp 12 p d 5 mo
56,30 x 3

2) D Cure

1 cp 12 p d
p 1 cp 1 m

519,30

35 (قرب الحاج فاتح) الألفة - الدار البيضاء

Tél : 05 22 93 15 79

Résidences Arreda, GH 6, N°4 A 35 (prés de haj Fateh) Hay El oulfa, - Casablanca



608070A

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

608070A

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

608070A

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636Fabriqué par SMB
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.PPV: 56,30 DH
LOT: 20F18B
EXP: 06/2022Fabriqué par SMB
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.PPV: 56,30 DH
LOT: 20F18B
EXP: 06/2022Fabriqué par SMB
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.LOT: 20F18B
EXP: 06/2022

EL ARCHI AHMED

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L

'AVIATION

CASABLANCA



MDP

9811

Objet : Remboursement des frais médicaux (11/2020).

J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

♦ Un virement bancaire sur votre RIB n : 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N° Reçu	Date dépôt	Frais engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé (Par dossier)
63909079	08/10/2020	669,3	CONSULTATION MEDICALE	150	120	639,3
			PHARMACIE ANAM	519,3	519,3	

Salutation mutualistes

Pour plus d'information, contactez le centre d'appel Allo-MODEP 05 22 400 777.