

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.

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

- Reclamation : 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

Complément D'assurance
Declaration de Maladie

N° P19- 049823

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **50504**

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 L'aiméine 1
Casa**

Tél. : **0664656039** Total des frais engagés : **3204,-** 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 :

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) :



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 participants 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 العلاج بالنسبة لكل مستفيد ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاج 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

الأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **ELARCHI Ahmed**رقم الانخراط : **3970110**رقم التسجيل : **731 3970110**رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B2223911**علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : **Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐**العنوان : **Lotissement LAÏNOUNE1, lot N°46**Montant des frais (Dhs) : **3204,10 Dhs**عدد الوثائق المرفقة : **02 (Deux)**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ELARCHI AHMED**تاريخ الايداع : **17/05/2015**رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B2223911**الجنس : **Masculin ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ Féminin**

Identification du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

* N° INP

09M6X1167

Type de soins

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

نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المغلق* : **oui ☐ non ☐**Date de grossesse : **17/05/2015**Date prévue d'accouchement : **17/05/2015**Date d'hospitalisation : **17/05/2015**Date d'accident : **17/05/2015**Causes : **09M6X1167**

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

06.61.91.57.02

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : **17/05/2015** تاريخ الإيداع :أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ :Le : **17/05/2015** في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ :Le : **17/05/2015** في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et signature du Médecin traitant

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

أشطب الخانة *

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

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
27/10/20	29, ص	
	INP: 092020379	
21/10/2020	SL NO INPE	Dr BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32 Operation Assalam Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31
	INP: 092020379	
	INP:	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 : [][][][][][][][][]					

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 : [][][][][][][][][]					



نظارات اسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0000774

Casablanca, le

27/10/20

M

EL ARCHI

AHMED

Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
CRMA . AR	OD	OD	OD	OD
	OG	OG	OG	OG
2 Monture	Métal	Plastique		900,00
V.L. : - OD	(83 - 0.50) + 0.8			500,00
- OG	(91 - 0.75) + 0.75			500,00
V.P. : - OD	(83 - 0.50) + 3			500,00
- OG	(91 - 0.75) + 3.25			500,00
ADD. /				500,00
TOTAL				2900,00

Arrêtée la presente facture à la somme de

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طبيب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

.....اللايزر

Casa le : **21 Octobre 2020**

Mr. ELARCHI Ahmed

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54, 10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUD

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.50 (- 0.50 à 83°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 91°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 3.00 (- 0.50 à 83°)

OG = + 3.25 (- 0.75 à 91°)

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

EL ARCHI AHMED

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L

'AVIATION

CASABLANCA



MDP

9882

Objet : Remboursement des frais médicaux (12/2020).

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)
64315955	03/11/2020	3204,1	CONSULTATION SPECIALISTE	250	200	2054,1
			UNE MONTURE	900	600	
			UNE PAIRE DE VERRES DE LOIN	1000	600	
			UNE PAIRE DE VERRES DE PRES	1000	600	
			PHARMACIE ANAM	54,1	54,1	

Salutation mutualistes

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