

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.

ologie 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.

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

ducation :
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.

taire :
En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

adie 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

Déclaration de Maladie
N° M20- 0002090
ND: 52445

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : *18907* Société : *RAM*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *SAAD Mousliki*
Date de naissance : *08/02/1987*
Adresse : *Quartier Almaz Amband, FF3d, Casablanca*
Tél. : *0666 123 140* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



MUPRAS
DEC. 2020
ACCUEIL

Cachet du médecin :
Date de consultation : *28/09/2020*
Nom et prénom du malade : *Sana EL MALYF* Age : *31*
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 : *22/12/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

2

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 وأتمنتها 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 التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا 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 التعريفة 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 للإستفادة 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 التعاضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ELMALYH SANAM المصالح سناء

N° Affiliation : 385534

N° Immatriculation : 439910774

N° CIN : BK358878

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Quartier Almazra As Amba el GH12 العنوان

Immeuble F Apt 3 Casablanca

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

Nombre de pièces jointes : 3 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ELMALYH SANAM الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 29/07/1989 تاريخ الميلاد :

N° CIN : BK358878 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ذكر F أنثى الجنس * :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0811 2843 الرقم الوطني للإستدلال للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis * : Oui Non تم تقديم الظرف المخلوق * :

Maternité * أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :

Date d'accident : تاريخ الحادث :

Accident * حادث * Causes : أسباب الحادث :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : حريري</p> <p>le : فسي</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p> <p>Je déclare les informations et données ci-dessus exactes et véritables.</p> <p>Fait à : حريري</p> <p>le : فسي</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* انشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يجوز فقط كتابة رقم هذا النموذج

[illegible]

CIM-10

عن الوصفات التي تم تلخيصها والتجارب الطيبة الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

[illegible]

Actes Paramédicaux

عملیات المتعدين الطبيعيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المدفوع Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
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

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
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
64572933	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573047	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573080	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573107	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573135	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00
1	-	13/04/2020	Virement	-	2 000,00	1 755,00	0,00	1 755,00
2	-	16/01/2020	Virement	-	1 000,00	280,00	70,00	350,00
60063402	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
60063418	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	700,00	160,00	40,00	200,00