

Recommandations Importantes

Etablir une déclaration par personne

*La déclaration maladie doit comporter les cachets de l'employeur et du médecin traitant, les noms et les prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrit de la main du médecin traitant

*La déclaration maladie doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives

*Les noms et prénoms de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.

*Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises à la M.N.A. dans les deux mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.

*Les prospectus, vignette ou PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.

* En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et de détail des fournitures pharmaceutiques.

*Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la M.N.A.

*Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la M.N.A. dans un délai d'un mois.

*Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la M.N.A.

*L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.

*Dans le cas où la personne est bénéficiaire d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, le mutualiste doit remettre à la M.N.A. les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

* Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, le mutualiste doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année en cours.

*Dans le cas où le conjoint du mutualiste ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit être retourné à la MNA dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

*Réclamations: toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.

* Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi, les statuts et le règlement intérieur de la M.N.A.



Mutuelle Nationale des Artistes (M.N.A.), société mutualiste, instituée sous le régime du dahir 1-57-187 du 12 Novembre 1963 et autorisée par décision conjointe du Ministre de l'emploi et de la formation professionnelle et du Ministre des finances et de la privatisation N° 1800.7, en date du 28 Septembre 2007. 113, Avenue Mers Sultan, 5ème étage, appartement N°10, Casablanca, 20000. Tél . 022 48 02 59 / 022 48 02 51/ 022 48 04 56. Fax 022 48 01 84. Compte bancaire BMCI, RIB 013780011572009910018148, Agence Casa - El Khansa, 139, Avenue Mers Sultan, Casablanca.

Déclaration de maladie N°

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

Renseignements concernant l'adhérent

Nom : Prénom (s) :

C.I.N N° : Date de naissance :

Adresse :

..... Ville :

N° d'Adhésion :

Montant des frais engagés :DH

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à :, le

Signature de l'adhérent



VOLET DETACHABLE

Déclaration de maladie N°
Remplissez ce volet, découpez et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter, pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'adhérent

Adhésion n° :

Nom de l'adhérent :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



VOLET DETACHABLE

Déclaration de maladie N°
Remplissez ce volet, découpez et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter, pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'adhérent

Adhésion n° :

Nom de l'adhérent :

Date de la consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

A remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :

Date de naissance : Lien de parenté avec l'adhérent :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause, le lieu, la date et l'heure :

.....

Fait à :, le

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes

Exécution des ordonnances (à remplir par le pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture

Analyses – Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue

Actes médicaux ou paramédicaux – Auxiliaires médicaux

- Devis Nombre de séances : Etabli le :
- Facture Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à la M.N.A.

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------