

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## Radiologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0042765

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAM Abdelghani  
Date de naissance : 15.07.1967  
Adresse : 56, Hay Messaoudia Rue 18c/8  
Tél : 0661976344 Total des frais engagés : 1841,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2022  
Nom et prénom du malade : ELYATIME Wenda Age : 209,73  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 07/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

de feuille de soins par personne et ment.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

de soins doit être accompagnée de s pièces justificatives originales ces médicales, factures, résultats ns de radiologie et/ou de laboratoire).

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

et prénom de la personne soignée re portés par les praticiens eux mêmes e feuille de soins.

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

pectus et les PPM concernant les ents achetés doivent être joints aux ces transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسل.

e de soins ainsi que les pièces ves doivent être présentées à votre dans les deux mois qui suivent le te médical, sauf s'il y a traitement ontinu. Dans ce dernier cas, le dossier présenté dans les soixante (60) jours nt la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماهندية التي تتضمن 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.

oursement des frais engagés sera ur la base de la tarification nationale ce.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

es liés aux accidents du travail et professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

sonne coupable de fraude ou de fausse on pour obtenir des prestations qui as dues, est passible des sanctions réglementaires.

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

ion de remboursement prise par la est subordonnée au respect des s 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 المتعاضدة
	
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : .....	تاريخ الإيداع : .....



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : .....

N° Affiliation : .....

N° Immatriculation : .....

N° CIN : .....

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint زوج Enfant ابن  
Adresse : 56, rue Derradendi 1841, 70

Montant des frais (Dhs) : 1841,70

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL YATIME Nouda

Date de naissance : 20.09.77

N° CIN : BH317481

Sexe : M (ذكر) F (أنثى)

Identification du médecin traitant

N° INP : 021049023

Type de soins

Admission ALD : Oui Non

N° dossier ALD : .....

Code ALD : .....

Soins ambulatoires : \* علاجات خارجية \* Pli confidentiel remis : Oui Non

Hospitalisation : \* استشفاء \* Date d'hospitalisation : .....

<p>أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p> <p>Fait à : 28/11/2022</p> <p>le : 28/11/2022</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.</p> <p>Fait à : 28/11/2022</p> <p>le : 28/11/2022</p> <p>توقيع : طبيب (الطبيب المعالج أو من عيادة الرعاية الصحية)</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	---







①

CRONODINE 240 LP  
30 Gélules



6 118001 220014

CRONODINE 240 LP  
30 Gélules



6 118001 220014

CRONODINE 240 LP  
30 Gélules



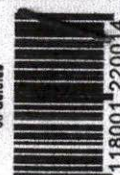
6 118001 220014

CRONODINE 240 LP  
30 Gélules



6 118001 220014

CRONODINE 240 LP  
30 Gélules



6 118001 220014

②



6 118001 100859



6 118001 100859



6 118001 100859



6 118001 100859

③



6 118001 090280



6 118001 090280



6 118001 090280

④

BESTOR® 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 360247

⑤

Divarius® 20 mg  
Médicament de prescription  
28 comprimés pelliculés sécables  
PROPHARM S.A.



6 118001 260188

⑥

Spectrum® 500  
Ciprofloxacine 20 Comprimés



6 118000 081937



Docteur Rachid BELGHMI  
Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
ORDONNANCE

28/11/22

EL YATIME Honda

1) (165,00 x 5) CHRONOSING 240LP

2) (54,10 x 4) Cardemil 2,5mg

(29,90 x 3) Card

3) Cardioaspirine 100

260,00

4) BESTOR 20mg

147,20

5) Diva 500mg

160,00

6) Spedon 500mg

1691,70

دكتور بلغمي رشيد  
Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

MME ELYATIME HOUDA  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :	78026426	Date et heure : 15/12/2022 12:52
Nom et prénom Assuré :	ELYATIME HOUDA	
Immatriculation :	43824379 / 040189599	
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	ELYATIME HOUDA	/ 01
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS	
Lieu de réception :	CASA SIEGE 40125	
Valeur en Dirhams :	1 841,70	Nombre de pièces : 3
Code Etablissement :		Agent de réception : M4M0273
Nom Etablissement :		



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



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
- 1	-	22/01/2023	Virement	-	1 841,70	1 074,30	454,70	1 529,00
78026426	15/12/2022	Payé en : 38 jours		ELYATIME HOUDA	1 841,70	1 074,30	454,70	1 529,00