

## 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
- 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** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H. 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

M23-007599

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Samia

Date de naissance : 11/12/1983

Adresse : AS

Tél. : 0644009835 Total des frais engagés : 684,80 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 :

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 : Le : 7/01/2018

Signature de l'adhérent(e) : MESSAOUDI

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

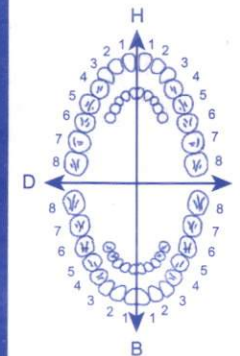
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

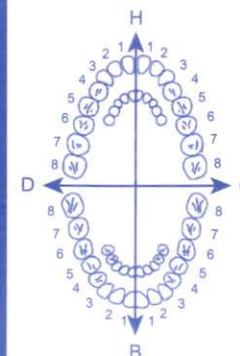
**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS


DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)
  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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

ACCORDE 1

📘 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	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
81583818	20/06/2023	Payé en : 44 jours		YOUSFI MUSTAPHA	3 450,00	1 892,20	333,05	2 225,25
81706601	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	646,60	255,62	54,46	310,08
81706582	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	684,80	282,36	60,57	342,93
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00



# 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 وأثمناتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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 الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

سبتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الآخطاء 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطرة 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 ma mutuelle

توقيع وطابع التضامدية

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

Réf ANAM

مرجع رقم

N°Bordereau :

N°Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **Youssef Mustapha** : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **1319984** : رقم الإنخراط :  
N° Immatriculation : **913114214376** : رقم التسجيل :  
N° CIN : **F14631032** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :  
Adresse : **13 Rue de la Liberté, 14, 13000, Alger** : العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : **646,50** : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **8948** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Youssef Mustapha** : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : **Youssef Mustapha** : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **13/11/1984** : تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : **913114214376** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe : **مذكر** : الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N°INP : **141220673** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : **CHU Hassan II - FES** : نوع العلاجات :  
Maladie : **Non** : تم تقديم الظرف المطلق :  
Maternité : **Non** : تاريخ الحمل :  
Hospitalisation : **Non** : التاريخ المتوقع للولادة :  
Accident : **Non** : تاريخ الاستشفاء :  
Causes : **Non** : تاريخ الحادث :  
Date d'accident : **16/07/2019** : أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **Alger** :  
Le : **16/07/2019** :  
Signature de l'assuré(e) : **Youssef Mustapha**

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **Alger** :  
Le : **16/07/2019** :  
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : **Professeur de l'Université**  
CHU Hassan II - FES  
INPE 141220673









# Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



## NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 17/05/23

Nom : Mr. Yousfi

Prénom : Abdelkrim

- Honoraire Dr. :

• Somme : 3000



Cachet et Signature

Signature of Prof. Hassan II - FES  
CHU Hassan II - FES  
INPE 1220673

Bd. My Rachid Route de Sefrou Fès V.N. - Tél. : 0535 641 697 / 0535 641 123/24 - Fax : 0535 657 969

CNSS : 1294305 - Patente : 13244502 - I.F : 04500667

ICE : 001915534000012 - Email : polycliniqueatlas88@gmail.com



مصحة الأطلس - فاس

Polyclinique Atlas - Fès

Imels



ORDONNANCE

Docteur :

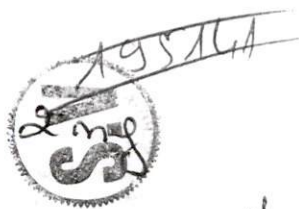
Fès, le :

15/06/23

M. Abdelkrim Youssefi

1/ (168.30 x 2)

1/ - Pristal



1 - 0 - 0 pol 5 jours

2cp - 0 - 2cp

Neotigopin 5mg 1 poly 3 jours

0 - 0 - 1cp

pol 5 jours

1/5

3/ - Aproz

296.60 1 cp



Urgences : 24h/24h


Boulevard Moulay Rachid Route de Belrou FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com


ICE : 002914234000045 - RC : 70437

PRISDAL® 2 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118001 250967

PRISDAL® 2 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118001 250967