

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 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.

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'El
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

M23-007600

175679

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DESAOUA El Ferg'ia

Date de naissance : 11/12/1968

Adresse :

Tél. : 0644009835 Total des frais engagés : 1270,5 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 : 1/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : M. Desaoua El Ferg'ia

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

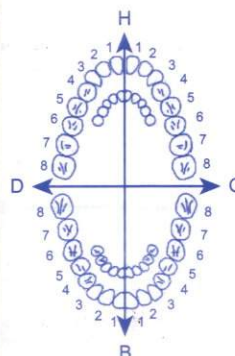
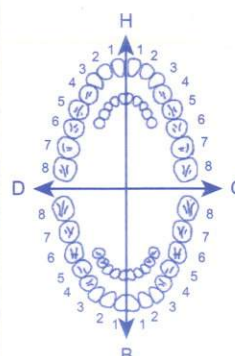
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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






Important :

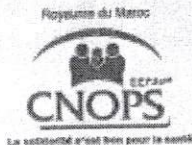
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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
 2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
81467158	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	781,80	531,91	106,01	637,92
81467203	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	1 270,50	775,86	167,77	943,63
 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

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆

تعليمات يجب اتباعها	Instructions à suivre
تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.	Etablir une feuille de soins par personne et par événement.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).	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 كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.	Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.
يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.	Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون إليها في طرف 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.	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.
سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.	Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.	Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.	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.
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.	L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع التعااضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

065052 8118

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
Feuille de soins Maladie		مرجع رقم 1.1.03.01 Réf. ANAM
N° Bordereau :	N° Dossier :	
Partie réservée à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (لها)		
الاسم العائلي والشخصي : YOUSSEF MUSTAPHA رقم الإنخراط : 1879814 رقم التسجيل : 0131/13021321 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 01439381 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : ابن <input checked="" type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) * العنوان : 13 Rue de la Liberté, 13021321 Adresse : مبلغ المصاريف (درهم) : 1230 Dhs Montant des frais : عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :		
تصريح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاجات : YOUSSEF MUSTAPHA الاسم العائلي والشخصي : YOUSSEF MUSTAPHA تاريخ الإزدياد : 13/05/1981 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 01439381 Date de naissance : N° CIN : الجنس : ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> Sexe* : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
تعريف الطبيب المعالج		
الرقم الوطني للإستدلال : 141062745 N° INP : نوع العلاجات : Type de soins : تم تقديم الظرف المغلق : نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Pli confidentiel remis : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> تاريخ الحمل : Date de grossesse : التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement : تاريخ الإستشفاء : Date d'hospitalisation : Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/> تاريخ الحادث : Date d'accident : أسباب الحادث : Accident * <input type="checkbox"/> حادث * <input type="checkbox"/> Causes :		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : 13/05/2021 le : 13/05/2021 توقيع المؤمن له (لها) : Signature de l'assuré (e) :		
أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus être véritables. Fait à : 13/05/2021 le : 13/05/2021 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins :		

-INP : Identification Nationale du praticien
 -* Cocher la mention utile pour chaque cas

أشطب الخاتمة

Dr. Abdelhak BOUHARROU

Professeur de Pédiatrie

Ex. Chef de Service Néonatalogie

Réanimation Néonatale

Pneumo Allergologie - Diabétologie



لدكتور عبد الحق بوهارو

أستاذ طب الأطفال

رئيس قسم إنعاش المواليد سابقاً

طب الأطفال - الأمراض الصدرية

والحساسية - داء السكري

Fès, le 7/6/23 في فاس

Xousfi Hamza

49,80 €
1/1 Playmobil 100

14x3/4

218 pas

100,00

2/ Entergel 100g

12x10x10

20,90

3/ Natam 100g

220,50

Dr. Abdelhak BOUHARROU
Professeur de Pédiatrie

Bd. Des Fes Rec. Nour 3ème Etage

N° 15 - Fès

Tél : 05 35 64 10 01

Boulevard des F.A.R. Imm. ANNOUR à coté KITEA إقامة النور

3ème étage Appt. N° 15 - FES Tél : C : 05 35 64 10 01 - GSM : 06 61 06 23 28 رقم 15 الطابق الثالث - فاس

PPV: 20,90 DH
 6 118001 272228
 AMM N° 171/16 DMP/21/NMPR
 ZENITH Pharma

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.T.
 Ain sebat Casablanca
 Enterofermina 4 milliards
 susp b 10 n 6 ml
 P.P.V 100,00 DH
 6 118001 082216

LOT: 22E022
 PER: 08 2027
 FLAGYL 500 mg
 CP PEL B20
 P.P.V: 490DH80
 6 118000 060062

LOT: 22E022
 PER: 08 2027
 FLAGYL 500 mg
 CP PEL B20
 P.P.V: 490DH80
 6 118000 060062

Dr. Abdelhak BOUHARROU

Professeur de Pédiatrie

Ex. Chef de Service Néonatalogie

Réanimation Néonatale

Pneumo Allergologie - Diabétologie



الدكتور عبد الحق بوهارو

أستاذ طب الأطفال

رئيس قسم إنعاش المواليد سابقا

طب الأطفال - الأمراض الصدرية

والحساسية - داء السكري

Fès, le 07 JUIN 2023 فاس، في

Hanze Yousfi



1/ *Handwritten signature* NS

2/ *Handwritten signature* Jours

3/ *Handwritten signature*

Dr. Abdelhak BOUHARROU
Professeur de Pédiatrie
Bd. Des Far Rce. Nour 3^{ème} Etage
N° 15 - Fès
Tél : 05 35 64 10 01

Boulevard des F.A.R. Imm. ANNOUR à coté KITEA إقامة النور
3ème étage Appt. N° 15 - FES Tél : C : 05 35 64 10 01 - GSM : 06 61 06 23 28
شارع الجيش الملكي، رقم 15 الطابق الثالث - فاس

FACTURE N° : 2306070232

FES : 07-06-2023

Enf. YOUSFI HAMZA

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
FRAIS	FRAIS	E0	E
	FACTEUR RHUMATOÏDE	B100	B
	Parasitologie des selles	B50	B
	Vitesse de Sédimentation	B30	B
	KOP2	B40	B
	KOP3	B40	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B

Total des B : 710

Montant total: 750.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent cinquante dirhams

