

## 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

- Réclamation : 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'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

M23-0018375

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511

Société : RAM / MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KOURANE Latife

Date de naissance : 18/03/1950

Adresse : Résidence WIAN-IM 4 - Apt 2 - OULFA Casablanca

Tél. : 0669 1313 20

Total des frais engagés : 1120,30 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

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 : 18 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

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

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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 التعااضدية

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 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ALAOUI AMB Mohamed : الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 31627813 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 414118713251 : رقم التسجيل

N° CIN : B1 918410151 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : Résidence W. M. - 1974 - Apt 2 : العنوان

OULFA COLOMBANE 20200 : مبلغ المصاريف (درهم)

Montant des frais (Dhs) : 1120,30 DH : عدد الوثائق المرفقة

Nombre de pièces jointes : 25 : عدد الوثائق المرفقة

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : MIHAMED ALAOUI ADIB : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : : تاريخ الازدياد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : F ☐ أنثى : الجنس \*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : : نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض\* : تم تقديم الظرف المغلق \*

Maternité\* ☐ أمومة\* : Oui ☐ Non ☐

Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* : Date de grossesse : .....

Accident\* ☐ حادث\* : Date prévue d'accouchement : .....

Causes : .....

أسباب الحادث : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - dessus .

Fait à : ..... حرر ب : .....

le : ..... في : .....

توقيع المؤمن له (لها) : .....

Signature de l'assuré (e) : .....

أشطب الخانة : .....

La vente de cet imprimé est formellement interdite

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé *	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

# Actes Paramédicaux

# عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

# Dr Rkiba Zakaria

Traumatologue - Orthopédiste  
Laureat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie - Casablanca  
Ancien médecin interne / Hôpitaux de Paris

Chirurgie traumatologique  
Chirurgie arthroscopique et prothétique  
Chirurgie de la main  
et des nerfs périphériques  
Suivi de la maladie arthrosique  
Médecine de sport



## د. ارقيبة زكرياء

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

جراحة كسور العظام والمفاصل

جراحة بالمنظار

جراحة تقويم واستبدال المفاصل

جراحة اليد والأعصاب المحيطة

خشونة المفاصل

طب رياضي

## ORDONNANCE

Casablanca le: 05-22-10-00-05

Handwritten prescriptions and stamps:

- ADIB Masou
- 75, 10 x 7
- (1) Erythromycin
- 31, 30 x 3
- (2) Erythromycin
- 61, 60
- (3) Erythromycin
- 52, 80
- (4) Analgin 25
- (5) Vitenergyl 100
- 28, 80 x 3
- 03 min
- 07 min
- 30 min

Stamps:

- PHARMACIE ELAY AL WIAAM
- 252 BD OUED SEBOUGULFA
- CASA - Tel: 05 22 9 17 31
- INPE 092030949

سيتي أوفيس إقامة ميسيمي رقم 58، الطابق 3 بالمسجد الشريف، C12, Hay Hassani

City Office, 58 Bis Lot, MISSIMI, etge 3, Hay Hassani, Appt C12, Hay Hassani  
(au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

To: 820, 35 05-22 10 00 05 / 06 72 83 55 52 rk.zakariaortho@gmail.com

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

AULCER® 20 mg  
14 Gélules  
6 118001 220045

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ  
LOT: 22192  
PER: 05/2025  
PPV: 52,80 DH

PPV: 61DH50  
PER: 05/26  
LOT: M1524

صيدلية سي الويام  
PHARMACIE ELI WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASA - Tél: 05 22 91 17 31  
INPE 092030949

Mobic® 15 mg  
Meloxicam  
14 comprimés sécables  
6 118000 040569

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

VITANEVRIL® FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 180593

LOT 223845  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO  
6 118000 022244

Epyca® 75 mg  
Prégabaline  
14 gélules  
PPV.: 75DH10  
PROMOPHARM S.A.  
6 118001 260690

PPV  
LOT  
PER

PPV  
LOT  
PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 180593

LOT 223845  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

LOT 223844  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO  
6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO  
6 118000 022244

VITANEVRIL® FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 180593

PPV  
LOT  
PER



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

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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	-	07/10/2023	Virement	-	1 120,30	633,31	0,00	633,31
82594889	24/08/2023	Payé en : 44 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	1 120,30	633,31	0,00	633,31
- 1	-	05/10/2023	Virement	-	341,51	264,00	0,00	264,00
82152678	25/07/2023	Payé en : 72 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	341,51	264,00	0,00	264,00

MR ALAOUI ADIB M'HAMED

RES WIAM IMM 4 APPT 2

OULFA

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

N° de Dossier :

Nom et prénom Assuré :

Immatriculation :

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

Type de dossier :

Lieu de réception :

Valeur en Dirhams :

Code Etablissement :

Nom Etablissement :



Accusé de Réception



82594889

Date et heure : 24/08/2023 10:35

ALAOUI ADIB M'HAMED

44873255 / 500380851

ALAOUI ADIB M'HAMED

/ 01

FEUILLE DE SOINS

CASA SIEGE 40110

1 120,30

Nombre de pièces : 4

Agent de réception : M4M0100