

# 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

- 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



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

N° W19-511913

38636

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541

Société : R.A.N.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB ALCHA

Date de naissance : 04/04/1967

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1233,07

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 27/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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 وأتمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 للمسااطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

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)

Nom et prénom : EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 21349A : رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 43430778 : رقم التسجيل

N° CIN : B487399 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : LOT LAI MOUNE 2 VILLAGE 100 PASARANGA : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 41233,307 DH : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 08 : عدد الوثائق المرفقة

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 240263 : تاريخ الإزدياد

N° CIN : B487399 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس \*

### Identification du médecin traitant

N° INP : 091024128 : الرقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD\* : ☐ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن

N° Dossier ALD\* : ..... رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : ..... رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires\* ☐ \*علاجات خارجية Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق

Hospitalisation\* ☐ \*استشفاء Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه : Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : ..... حرر ب : Fait à : ..... حرر ب :

le : 26/09/2010 في : le : 18/08/2010 في :

توقيع المؤمن له (ها) : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.

Signature de l'assuré (e) : \* أشطب الخانة

- INP : Identification Nationale du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite



تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
18/06/2020	e	1	1	700,00	

CIM - 10

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 وطابع الطبيب المعالج أو Signature et Cachet du Rattaché ou Biologiste
26/06/2020	B	907	MP	700,00	

INPE: 097163182

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou Fournisseur des dispositifs médicaux
18.06.2020	533.30	

INPE: 092036789

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]






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 ATTENTE DE PIECE 1

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	-	03/08/2020	Virement	-	1 233,30	827,68	254,72	1 082,40
62285963	02/07/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 233,30	827,68	254,72	1 082,40
 1	-	23/03/2020	Virement	-	683,00	341,95	146,55	488,50
 1	-	12/12/2019	Virement	-	850,00	480,00	120,00	600,00
 1	-	09/12/2019	Virement	-	709,80	485,17		
 1	-	09/08/2019	Virement	-	1 000,00	660,00	34,20	1 34,20
 3	-	29/07/2019	Virement	-	3 947,00	2 184,00	71,00	2 255,00
 1	-	15/07/2019	Virement	-	1 518,00	920,00	5,00	925,00
 1	-	03/06/2019	Virement	-	619,70	350,00	50,00	400,00



Espace interactif

ORDONNANCE

LABORATOIRE BIOLOGIQUE

Mr EL FASSI EL

Né(e) le :



A coller sur l'ordonnance

le reçu n'est pas  
délivré par la  
CNOPS

M<sup>r</sup> EL FASSI EL FAKHRAZ

- NFS - VS
- Urée - Créatinine
- Glucose
- Hb glycosylée
- Triglycérides - Cholestérol
- HDL - LDL
- Transaminases
- PSA



*[Signature]*

COMPLAIE 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

# ORDONNANCE

PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

Le 18/06/2020

M<sup>re</sup> EL FASSH EL FIL AL HBL

1  
5930 Bred

**Brexin**  
10 comprimés effervescents  
PROMOPHARM S.A.

6 118000 241164

**AMlor** 5mg  
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012

PHARMACIE KM 9  
DR. OUADHI Souad  
Bordj - Tél : 05 22 55 00  
Fax : 09 20 36 789

136.60 x 3 Amilor

PPV 15 DH 80  
PER 07/22  
LOT 11740  
62

15.80 x 2 Dolo p → 1000 cp

1 x 21 (24)

32.60 x 3 Bando e d 31 x 21

P.P.V. 136 60

**AMlor** 5mg  
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012

P.P.V. 136 60

P.P.V. 136 60

**AMlor** 5mg  
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012





# LABORATOIRE BIOLOG D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22 - email : [lab.biolog@gmail.com](mailto:lab.biolog@gmail.com)  
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126  
ICE : 000064466000083

**Dr Youssef ZIANE**

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier - France

Code INPE: 097163182



Organisme : CNOPS

Casablanca, le : 26/06/2020

**FACTURE N° : 200004448**

**Nom et Prénom : Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI**

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	B17	B
	ALAT (Transaminase GPT)	B50	B
	ASAT (transaminase GOT)	B50	B
	Cholestérol total	B30	B
	Créatinine sanguine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL calculé	B50	B
	PSA Total	B300	B
	Triglycérides	B60	B
	Urée (Azotémie)	B30	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Numeration Formule Sanguine NFS	B80	B
	Pieges HbA1c	0	

**Total des B : 907**

Montant total de la facture : 700.00Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams s.**

**NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)**

