

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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

N° W19-572180

ND: 44806

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUH Fayia

Date de naissance : 11/12/1968

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 615,80 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 :

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 loi relative à la protection des données personnelles.

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 le praticien 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 وأثمنتها 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 ya 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 الإجتماعي 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الاحتمار 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر 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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التضاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع:



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

بأري عن المرض
Assurance Maladie

Réf ANAM 1.1.01.

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : محمد بن محمد

N° Affiliation :

1381284

N° Immatriculation

031146243746

N° CIN :

168932

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

بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☒ ابن

Adresse :

Montant des frais :

690,90 درهم Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

Maladie* ☐ مرض

PG confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non

Maternité* ☐ أمومة

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation* ☐ استشفاء

Date d'hospitalisation :

Accident* ☐ حادث

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : مراكش

le 15/07/2020

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et

Fait à : مراكش

le 15/07/2020

توقيع الطبيب المعالج أو الطبيب المستفيد
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement

وصف العمليات المجراة

Description des actes effectués

[illegible]

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	ملاحظات الطبيب

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
تاريخ التنفيذ Date d'exécution		اللمن المقوتر Prix facturé		توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
01/07/2020		310,90			
		INP :			
		INP 142052091			
		INP :			
		INP :			

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

٢٠١٤ : سنة الصور

[illegible]

ت المساعدين الطبيين

Actes Paramédicaux

[illegible]

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect)
  Ma Situation
  Remboursement
  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	ENREGISTRE 1	EN COURS DE TRAITEMENT 3	SOUMIS AU CONTROLE INTERNE 3
PAYE	NON PAYE 1	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	-	05/10/2020	Virement	-	719,50	390,35	61,48	451,83
 3	-	31/08/2020	Virement	-	1 707,25	703,16	81,00	784,16
62645859	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI ABDELKARIM	318,00	120,00	5,00	125,00
62645891	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI MUSTAPHA	778,35	324,98	39,42	364,40
62645704	21/07/2020	Payé en : 41 jours		YOUSFI ABDELKARIM	610,90	258,18	36,58	294,76
 1	-	17/04/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00
 1	-	18/03/2020	Virement	-	1 400,00	416,00	0,00	416,00

FACTURE DES FRAIS MEDICAUX

N° 00921

Nom & Prénom du bénéficiaire YOUSFI ABDELKRIM	
DATE : 03/07/2020	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
<u>CONSULTATION</u>	300.00DH
<u>TOTAL</u>	300.00DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENT DIRHAMS

Lot talhaui n232 rte al Irfane Oujda Maroc
Tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com
N° de l'identification fiscal : 14413857
ICE : 001710097000060



CLINIQUE AL IRFANE
MULTIDISCIPLINAIRE

مصحة العرفان
متعددة التخصصات

PHARMACIE CHU
AL IRFANE
Dr. MAAROUF Nour
Bd. Jelloul Med Hay Saida
34, Bd. 34 53 22 20 - Oujda
ICE: 001813337800069

ORDONNANCE

Oujda, le : 01/07/2020

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO - ENTEROLOGIE
- ☐ GYNECO - OBSTETRIQUE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MEDICALE
- ☐ O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES

M. Xouge ABDELKRIM

35,70x2 Ordonancier n° 6253

1 - Alprostadil 2016

1/2 — 1/2 — 1

113.50 Ordonancier n° 6264

2 - Modiprin 2016

0 — 0 — 1

126.00 Ordonancier n° 6265

3 - Alprostadil 2016

1 — 0 — 0

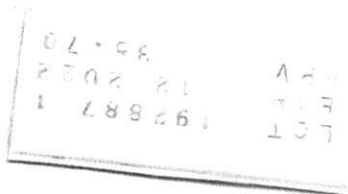
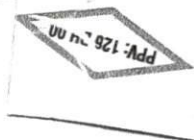
310.90

Dr. Youssef MAAROUF
Professeur Assistant
en Neurologie
Faculté de Médecine
et de Pharmacie, Oujda

7, Bd. Jelloul Mohamed Hay Al Irfane - Oujda - MAROC

Tél : 05 36 53 20 20 - Fax : 05 36 53 39 54 E-mail: cliniquealirfane@gmail.com

ICE: 001710097000060 - Patente: 11277319 - I.F: 14413857



Boîte de 28 comprimés

CLINIQUE AL IRFANE
MULTIDISCIPLINAIRE



مصلحة العرفان
متعددة التخصصات

FACTURE N°0270/2020

Nom & Prénom du bénéficiaire <u>YOUSFI ABDELKRIM</u>	
DATE : <u>29/06/2020</u>	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
<u>CONSULTATION</u>	<u>300.00DH</u>
TOTAL	300.00DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DIRHAMS

Lot talhau N232 rte al Irfane Oujda Maroc
tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com
N° de IF : 14413857 ICE : 001713657000067