

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

N° P19- 065451

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : RoAM 51856

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDA Mohamed

Date de naissance : 22/02/57

Adresse : 81, rue Garache 11118 CHA

Tél. 0662163375

Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKKALI Fadoua

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément CNOPS

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 : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-065451

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BERDA

Total des frais engagés : 201,00

Date de dépôt : 14/12/2020

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 مريض 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 وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاهدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في ظرف شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 التعاهدية

2020 0 أكتوبر

التعاضد الوطني للمرضى

الإدارة العامة للمحكمة

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
رجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BARAKALI Farouk**
N° Affiliation : **113183**
N° Immatriculation : **552298843**
N° CIN : **4169156**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : **Conjoint**

Adresse : **81 Rue Lina de l'Apprentissage**
Montant des frais (Dhs) : **201,00**
Nombre de pièces jointes : **03**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : **BARAKALI Farouk**
Date de naissance : **16/12/57**
N° CIN : **4169156**
Sexe * : **M** ☐ **F** ☒

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **061125035**
Type de soins : **Maladie**
Pli confidentiel remis * : **Oui** ☐ **Non** ☒
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à :
le :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصحب بصداقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

* أختب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يُفَرغ منعا كليا بيع هذا المطبوع

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

CIM - 10

Actes Paramédicaux

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					

L 25/09/2020

M^r BAKIKALI

Fadone

ECBU + Anti-bioGramme.

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBIA
Facturations
24, Rue Savoie, ADC de la Rée Savoie
20360 - Cas:blanca
TEL: 05 22 27 28 22 FAX: 05 22 27 78 87
CONTACT@LABO-LES.COM

RS

Mme. BAKKALI FADOUA
res meryem imm 81 appt 18 hy essalam
20000 CASABLANCA



2009261028

DDN : 16-12-1957
Dossier : 2009261028
Du : 26-09-2020 à 14:53

Compte-rendu complet

Cher patient, nous vous remercions de votre confiance, et vous transmettons vos résultats.

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil : 2ème jet
Aspect : Légèrement trouble
Recherche biochimique:

pH:	5.0	(6.5-7.5)
Sucre:	Négative	
Proteines:	POSITIVE + + +	
Sang:	Négative	
Acétone:	Négative	
Nitrites:	Négative	

Examen cytologique

Leucocytes :	871 / mm3	(0-10)
	871 000 / ml	(0-10 000)
Hématies :	1 / mm3	(0-10)
	1 000 / ml	(0-10 000)
Cellules épithéliales :	Absence	
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	
Examen direct :	Absence de germes	

Examen bactériologique

Cultures : Cultures stériles

Conclusion: leucocyturie +++, absence de développement bactérien.

Commentaire: Identité du patient sous réserve

Edition validée par : Amal LOUAHABI



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

REJET 2

PAYE

NON PAYE 2

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
- 4	-	10/12/2020	Virement	-	1 592,70	516,49	104,31	620,80
64001419	14/10/2020	Payé en : 57 jours		BAKKALI FADOUA	1 040,00	160,00	20,00	180,00
64001394	14/10/2020	Payé en : 57 jours		BAKKALI FADOUA	201,00	132,00	33,00	165,00
64001362	14/10/2020	Payé en : 57 jours		BAKKALI FADOUA	224,50	157,15	35,92	193,07
63999411	14/10/2020	Payé en : 57 jours		BAKKALI FADOUA	127,20	67,34	15,39	82,73
1	-	20/05/2020	Virement	-	4 596,80	2 476,06	4,80	2 480,86