

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.



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

Declaration de Maladie

N° W19-600282

(53679)

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **108135** Société : **RAM**

Matricule : **108135**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Yess EL Yeholi**

Nom & Prénom : **DR. OUCHE**

Date de naissance : **19 DEC. 2020**

Adresse : **ACCUEIL**

Tél. : **1171,00 DH** Total des frais engagés : **1171,00 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **30/11/2020**

Nom et prénom du malade : **EL BOUHI RAJAA** Age : **78**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **28 DEC. 2020**

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 : **28/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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

[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](#)[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
- 2	-	25/12/2020	Virement	-	1 642,60	240,00	60,00	300,00
64869322	07/12/2020	Payé en : 18 jours		EL BOUIHI RAJAA	470,80	120,00	30,00	150,00
64869323	07/12/2020	Payé en : 18 jours		EL BOUIHI RAJAA	1 171,80	120,00	30,00	150,00
1	-	12/11/2020	Virement	-	2 057,70	827,93	136,97	964,90

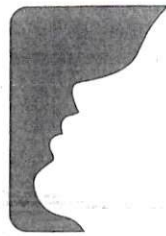
Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie Vénéréologie

Dermato - allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة: زهير كوتر

إختصاصية في الأمراض
الجلدية و التناسلية الحساسية
وعلم التجميل والليزر

Casablanca, le 30 NOV. 2020

Que EL Bouilti Ratas
1er Laver au Intimona
pH 7
1499c Pre-ric et sèche
2e Dermaliseur
Le matin
3e 17.40 X 2 Dermalval Crème
ou Diproleme Crème
ou Locatop
le soir X 1c
X 1c X 1c

Tous les produits de nos laboratoires
sont systématiquement évalués par des
médecins et des pharmaciens et sont
soumis lors de chaque fabrication
à un contrôle très rigoureux.

A-DERMA
DERMALIBOUR
Crème réparatrice
Repairing cream


GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 645683
118000 161295

ID: 645683
118000 161295


سكن: زاوية أنوال - عبد المومن، شقة رقم 208، الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 86 20 17 - 0522 86 22 20 / النقال: 0661 50 63 99 / الفاكس: 0522 86 53 73
452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual - Abdelmoumen, Appt N° 207, 2^{ème} étage (au dessus du Restaurant MEDINA) - Casablanca.
Tél.: 0522 86 22 20 - 0522 86 20 17 / GSM: 0661 50 63 99 / Fax: 0522 86 53 73

E-mail: zouhair.kawtar@gmail.com : البريد الإلكتروني

401 → mes:
Alcastein
le Sav x 1se
à diluer l'eau tiède

5.01
260.- cryster  x
1 app le 7.

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
ONYSTER PT UREE DM 10G
PPC: 260,00 DH

dan 19
60/ loceryl aeris 
321.- 1 app / sem

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 25 ml
AMM N° 07 DMP/21/NCN
PPV: 321,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc

6 118001 070381

20/ Dermofix powder
1/100 / min

871.80

Dr ZOUHAR
Dermatologue
452, Abdelmoumen, 20100, Casablanca
Tél: 05 22 22 22 22 - Fax: 05 22 22 22 22

Pharmacie Al-Farabi
452, Abdelmoumen, 20100, Casablanca
Tél: 05 22 22 22 22 - Fax: 05 22 22 22 22



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 وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية 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.

الآخطار 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.



N Bordereau :

N Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL BOUHI RAJAA : اسم العائلي و الشخصي

N Affiliation : 35 34 84 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 432 844213 : رقم التسجيل

N° CIN : BL3005 : 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 : 16-18 Bd Boulay-d'Orge App 324, N° 324, N° 324 : عنوان

Montant des frais (Dhs) : 171,80 Dhs : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 1 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : مستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL BOUHI RAJAA : اسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 25.12.78 : تاريخ الميلاد

N° CIN : BL3005 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ذكر (F) أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : NP:091028415 : رقم الوطني الاستدلال للممارس

Type de soins : Affections Somatiques : نوع العلاجات

Maladie : مرض : تقديم الظرف المغلق : Oui Non

Maternité : أمومة : Date de grossesse : تاريخ الحمل

Hospitalisation : استشفاء : Date prévue d'accouchement : تاريخ الميعاد للولادة

Accident : حادث : Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

Causes : أسباب الحادث : Date d'accident : تاريخ الحادث

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 25.12.78 : حرر بـ : Fait à : 25.12.78 : حرر بـ

le : 25.12.78 : في : le : 25.12.78 : في

Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له (لها) : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de : ختم و توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite : منعا كليا بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle : توقيع وطابع التفاضلية

ARRIVEE 4 DEC 2010 O.M.F.A.M / S.C.19

Identification de l'agent : تاريخ الإيداع

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع

CIM - 10


جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
ces exécutées et dispositifs médicaux fournis

التمن المفوتر
Prix facturé

871, 87

000-27132

توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs
des dispositifs médicaux



s Maladies - dixième revision

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]