

## 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

- Reclamation : 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° W19-490271

CA

58684

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-490271

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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 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 وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتعاضدية التي تتنصون 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 المتعاضدية

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  
مراجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BAKKACI Fadoua**  
N° Affiliation : **113483**  
N° Immatriculation : **55219843**  
N° CIN : **A169456**  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint**  
Adresse : **51 Rue Laroche APP 181 HOWESSACAY**  
Montant des frais (Dhs) : **2,04,00 DHS**  
Nombre de pièces jointes : **03**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BAKKACI Fadoua**  
Nom et prénom : **BAKKACI Fadoua**  
Date de naissance : **11/11/1971**  
N° CIN : **A169456**  
Sexe : **M**  
Le genre : **مذكر**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1091161814**  
Type de soins : **Maladie**  
Pli confidentiel remis : **Oui**  
Date de grossesse : **11/11/1971**  
Date prévue d'accouchement : **11/11/1971**  
Date d'hospitalisation : **11/11/1971**  
Date d'accident : **11/11/1971**  
Causes : **11/11/1971**

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

Fait à : **CASABLANCA**  
Le : **11/11/2018**  
Signature de l'assuré (e)

أصبح بمصادقة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **CASABLANCA**  
Le : **11/11/2018**  
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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كلنا بيع هذا المطبوع



### وصف العمليات المحررة

[illegible]

CIM - 10

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جاءت التوضيحات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبيعية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتة Prix facturé	تواضع و طابع الصيدلي أو مأمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [ ]	
	INP : [ ]	
	INP : [ ]	

### Actes Paramédicaux

عَلِيَّاتُ الْمُسَاعِدِينَ الطَّبِيبِينَ

[illegible]



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 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	-	25/01/2021	Virement	-	667,50	221,00	13,30	234,30
65065236	15/12/2020	Payé en : 41 jours		BAKKALI FADOUA	667,50	221,00	13,30	234,30
X - 1	-	20/01/2021	Virement	-	201,00	132,00	33,00	165,00
64789095	01/12/2020	Payé en : 50 jours		BAKKALI FADOUA	201,00	132,00	33,00	165,00

# CENTRE URO-NEPHROLOGIQUE ROMANDIE

**DOCTEUR**

Mohamed Reda SENTISSI  
Chirurgien Urologue - Andrologue



**الدكتور**

محمد رضا السنتيسي  
جراح المسالك البولية و التناسلية

## Ordonnance

Casablanca le 30/09/20

MME BAKKALI FADOUA

Ecbu de contrôle le 18/10

2





LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA

Analyses médicales et biologie spécialisée

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



2010191044

Compte-rendu complet

CDN:16-12-1957

Dossier:2010191044

DU:10-10-2020 à 11:37

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

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Récueil:  
Aspect:  
Recherche biochimique:

Non précisée  
Limpide

pH:

6.5

(6.5-7.5)

26-03-2020  
5.0

Sucre:

Négative

Protéines:

Négative

Sang:

Négative

Acétone:

Négative

Nitrites:

Négative

#### Examen cytologique

Leucocytes:

<1 / mm3

(0-10)

0.71

Erythrocytes:

<1 000 / ml

(0-10 000)

Normales:

<1 / mm3

(0-10)

1

Cholestérol:

<1 000 / ml

(0-10 000)

Cellules épithéliales:

Absence

Cylindres:

Absence

Cristaux:

Absence

Examen direct:

Absence de germes

#### Examen bactériologique

Cultures:

Cultures stériles

Conclusion:

Absence de signes biologiques d'infection urinaire

Edition validée par : MOHAMED EL AOUNI

Ce prélèvement a été réalisé en dehors de notre laboratoire. Sa qualité et l'authenticité des renseignements fournis restent sous la responsabilité de la structure où il a été réalisé.





# مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية و المتخصصة

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



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

-CNOPS-

**FACTURE N° 201000235**

Dossier : 2010191044 du : 19-10-2020 à 11:37



PPRESCRIPTEUR :  
ACTE :

Analyses : ECBU, EXT, DELAI, M, CENTRI

FACTURATION:

**Total en DH : 201**

deux cent un dirhams

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

CASABLANCA, le Mardi 20 Octobre 2020

24, Rue Savoie - RDC de la Résidence Savoie - 20100 Casablanca. TEL : 05 22 27 26 22 FAX : 05 22 27 78 87 URGENCES: 06 74 65 13 13  
Web : www.labo-lbs.com E-mail: contact@labo-lbs.com CNSS : 8992332 Patente : 3633734 IF : 18764979 ICE : 001670417000055 IBAN (BMCI): 013 780 01245 00000600122 RIB 48  
INPE: 093060820

